Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Canada

# Medical Care Annual Report

# Soins médicaux Rapport annuel

86-05702/

Her Excellency the Right Honourable Jeanne Sauvé, Governor General and Commander-in-Chief of Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCY:

The undersigned has the honour to present to your Excellency the Annual Report respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1984.

Respectfully submitted,

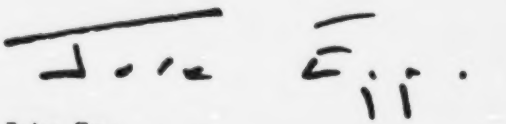
Jake Epp,
Minister of National Health and Welfare

Son Excellence la très honorable Jeanne Sauvé, Gouverneur général et Commandant en chef du Canada.

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière terminée le 31 mars 1984.

Je vous prie d'agréer, Madame le Gouverneur général, l'assurance de mon profond respect.



Jake Epp
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

©Minister of Supply and Services Canada 1986
Cat. No. H75-9/1984
ISBN 0-662-54517-6

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986
N$^{O}$ de cat. H75-9/1984
ISBN 0-662-54517-6

**Annual Report** of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the **Medical Care Act** for the fiscal year ended March 31, 1984.

This is the sixteenth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act.

**Program Description**

The Medical Care Act (Chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make financial contributions to those provinces* which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

1. **Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals were added as benefits effective July 1, 1968.

2. **Reasonable access to insured services by insured persons.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.

3. **Universal coverage** available to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least 95 per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health status, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low-income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are

**Rapport annuel** du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la **Loi sur les soins médicaux** pour l'année financière terminée le 31 mars 1984.

Le présent rapport, établi conformément à l'Article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le seizième présenté au Parlement.

**Description du programme**

La Loi sur les soins médicaux (Chapitre M-8, S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon certains critères minimaux, une aide financière aux provinces* appliquant un régime de soins médicaux. Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les régimes provinciaux à posséder les caractéristiques suivantes:

1. **La garantie tous risques** couvrant tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. Depuis le 1er juillet 1968, certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes sont également prévus.

2. **L'accès raisonnable des personnes assurées aux services assurés.** L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions.

3. **L'application universelle** de la garantie à tous les résidents assurables de la province participante, selon des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 p. 100 de la population assurable. Cela permet de garantir l'accès à tous les résidents et d'éviter la discrimination en matière de primes, qu'elle soit fondée sur la santé, l'âge, la non-appartenance à un groupe ou tout autre motif. En outre, si le régime est financé par un système de primes, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, certains groupes d'âge ou des groupes

* The term "provinces" includes the territories unless otherwise specified.

* Le terme "provinces" comprend les territoires sauf indication contraire.

treated equally. Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs.

4. **Portability of benefits** when beneficiaries are temporarily absent from their own province or when moving from one participating province to another.

5. **Administration on a non-profit basis** by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968, and, originally, were based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. As a result of a 1976 amendment to the Medical Care Act, the 1976-77 per capita contribution was limited to 113 per cent of the 1975-76 per capita contribution. This ceiling marginally reduced the level of the federal contribution below 50 per cent of the national per capita cost of insured services for that year. New financial arrangements came into effect April 1, 1977, and are discussed later in this report under the heading "Description of Financing Arrangements".

The Medical Care Act excludes from the insurable population of a province members of the Canadian Armed Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. These exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population.

Medically required services furnished by medical practitioners to otherwise insurable and/or insured residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not insured services under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act
Civilian War Pensions and Allowances Act

économiquement faibles, à condition que tous les résidents ayant droit à la garantie soient traités équitablement. Le droit à la garantie n'est pas lié à une assurance collective par groupes d'employés, et par conséquent, le changement d'emploi n'entraîne aucune suspension de la garantie.

4. **La transférabilité des prestations** lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante.

5. **L'administration sans but lucratif** assurée par un organisme public, responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.

Les contributions fédérales ont commencé d'être versées aux provinces participantes le 1er juillet 1968 et, à l'origine, étaient fondées sur la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province. Par suite d'une modification apportée en 1976 à la Loi sur les soins médicaux, la contribution par habitant pour 1976-1977 a été limitée à 113 p. 100 de celle versée pour 1975-1976. Ce plafond a légèrement réduit le niveau de la contribution fédérale à moins de 50 p. 100 du coût national par habitant des services assurés pour l'année en question. De nouveaux accords financiers sont entrés en vigueur le 1er avril 1977 et ceux-ci sont examinés sous la rubrique "Description des accords de financement".

La Loi sur les soins médicaux exclut de la population assurable d'une province les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente moins de 0,5 p. 100 de la population globale.

Les services médicaux fournis par un médecin aux résidents assurables d'une province participante, qui ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidentés du travail ne sont pas des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus de la garantie prévue par la Loi sur les soins médicaux en ce qui concerne une affection imputable au service de guerre pour laquelle ils sont déjà indemnisés. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils

Government Employees Compensation Act

Merchant Seamen Compensation Act
National Defence Act
Penitentiary Act
Pension Act
Royal Canadian Mounted Police Act
Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
Veterans Rehabilitation Act

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces except in Ontario, British Columbia and Alberta, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, it occurs at the discretion of the employer where there are between six to 14 employees, while coverage is voluntary for the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. British Columbia has a voluntary plan.

Virtually 100 per cent of the residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1983-84.

This is the twelfth fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least thirteen years and in most instances for fourteen or fifteen years.

The dates of entry of the provincial plans were as follows:

| | |
|---|---|
| Newfoundland | April 1, 1969 |
| Prince Edward Island | December 1, 1970 |
| Nova Scotia | April 1, 1969 |
| New Brunswick | January 1, 1971 |
| Quebec | November 1, 1970 |
| Ontario | October 1, 1969 |
| Manitoba | April 1, 1969 |
| Saskatchewan | July 1, 1968 |
| Alberta | July 1, 1969 |
| British Columbia | July 1, 1968 |
| Yukon | April 1, 1972 |
| Northwest Territories | April 1, 1971 |

**Description of Financing Arrangements**

Late in 1976, the provinces and the federal government agreed to new financing arrangements for medical care. This agreement was embodied

Loi sur l'indemnisation des employés de l'État
Loi sur l'indemnisation des marins marchands
Loi sur la défense nationale
Loi sur les pénitenciers
Loi sur les pensions
Loi sur la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la réadaptation des anciens combattants

Dans la plupart des provinces, sauf en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, sous réserve que toute condition d'enregistrement soit remplie, les résidents qui ont droit aux soins sont couverts d'office. En Ontario, lorsqu'il y a 15 personnes ou plus inscrites aux listes de paye, les employés du service en question sont couverts obligatoirement, c'est à la discrétion de l'employeur, où il y a entre six à 14 employés, l'assurance est facultative pour le reste de la population. En Alberta, un particulier peut se retirer du régime à la fin de chaque année, mais une telle décision l'oblige à renoncer à la fois au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial de soins médicaux. La Colombie-Britannique offre un régime volontaire.

En 1983-1984, des résidents canadiens ayant droit aux services assurés du Programme de soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous ont bénéficié de la garantie.

La présente marque la douzième année financière où il existe un régime de soins médicaux dans toutes les provinces. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis au moins treize ans et, dans la plupart des cas, depuis quatorze ou quinze ans.

Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

| | |
|---|---|
| Terre-Neuve | 1er avril 1969 |
| Île-du-Prince-Édouard | 1er décembre 1970 |
| Nouvelle-Écosse | 1er avril 1969 |
| Nouveau-Brunswick | 1er janvier 1971 |
| Québec | 1er novembre 1970 |
| Ontario | 1er octobre 1969 |
| Manitoba | 1er avril 1969 |
| Saskatchewan | 1er juillet 1968 |
| Alberta | 1er juillet 1969 |
| Colombie-Britannique | 1er juillet 1968 |
| Yukon | 1er avril 1972 |
| Territoires du Nord-Ouest | 1er avril 1971 |

**Description des accords de financement**

À la fin de 1976, les provinces et le gouvernement fédéral ont conclu de nouvelles ententes financières pour l'assurance de soins

in the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 (FPFA/EPF Act).

Commencing April 1, 1977, federal contributions to the provinces with respect to the "established" programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education, are no longer tied to provincial costs on the basis of cost-sharing formulae but take the form of a block fund that includes a transfer of tax points to the provinces, plus the associated fiscal equalization, in addition to cash payments.

The Established Programs Financing (EPF) provisions in the legislation contain the formula for calculating federal contributions to the provinces. Provincial entitlements are based on the escalated value of the per capita federal contributions in the 1975-76 base year, times a province's population. The escalator for this purpose is a three-year compound moving average of nominal growth of Gross National Product per capita. The EPF legislation was amended in 1982 to eliminate the compensation for termination of the 1972 Revenue Guarantee Program; this compensation had been built into the original (1977) EPF formula.

An individual province's cash contribution from the federal government in respect of the three previously cost-shared programs is equal to the difference between its total entitlement and the estimated value, for that province, of 13.5 points of personal income tax, 1.0 point of corporate income tax, and the fiscal equalization associated with these tax transfers[1].

The Minister of Finance allocates the total federal cash contribution to each province among the three "established" programs on the basis of the national proportions in the 1975-76 base year, with 17.4 per cent going towards the medical care program.

The allocated cash contributions for the health programs are deemed to be the contributions payable under the Hospital Insurance and Diagnostic Services and the Medical Care Acts. The cash contributions are payable by the Minister of National Health and Welfare who is responsible to Parliament for ensuring that the

1. The province of Quebec receives a special unequalized abatement of 8.5 personal income tax points for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of this additional tax transfer reduces the amount of Quebec's cash contribution.

médicaux. Ces ententes furent incorporées dans la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis.

Depuis le 1er avril 1977, les contributions fédérales versées aux provinces relativement aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études postsecondaires ne sont plus liées aux frais provinciaux selon la formule du partage des coûts: elles prennent plutôt la forme d'un financement global qui comprend un transfert de points fiscaux aux provinces, plus la péréquation fiscale qui s'y rattache, ainsi que des versements en espèces.

Les formules utilisées dans le calcul des contributions fédérales annuelles versées aux provinces sont énoncées dans la Loi sur le financement des programmes établis. Les droits des provinces sont basés sur la valeur relevée des contributions fédérales par habitant au cours de l'année de base 1975-1976, multipliée par la population provinciale. Le facteur de progression en question consiste en une moyenne mobile calculée sur une période de trois ans du taux nominal d'accroissement du Produit national brut par habitant. La Loi sur le financement des programmes établis a été modifiée en 1982 afin d'éliminer les indemnités versées pour compenser la fin du Programme de revenus garantis. Cette compensation était partie intégrante de la formule originale inclue dans la Loi de 1977 sur le financement des programmes établis.

La contribution en espèces que le gouvernement fédéral verse à chaque province au titre des trois programmes établis est maintenant égale à la différence entre les droits totaux de chaque province et la valeur de 13,5 points d'impôts sur le revenu des particuliers, un point d'impôt sur le revenu des sociétés, ainsi que la péréquation fiscale associée à ces transferts fiscaux[1].

Le ministre des Finances répartit la contribution fédérale totale en espèces accordée à chaque province entre les trois programmes établis en fonction du prorata national pour l'année de base 1975-1976, 17,4 p. 100 étant alloué pour les soins médicaux.

Les contributions en espèces affectées aux programmes de santé sont considérées comme étant payables en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Ces contributions en espèces doivent être versées par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être

1. La province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers non-assujettis à la péréquation pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ce transfert fiscal additionnel réduit le montant de la contribution en espèces versée au Québec.

provincial plans continue to meet the program criteria of the federal health insurance legislation respecting such matters as the comprehensiveness of insured services covered, universality of population covered, reasonable access to insured services without impediment by way of user charges or otherwise, portability, adequate standards of care and public administration on a non-profit basis. Under these financial arrangements, provinces now have greater flexibility in the use of their own funds and the federal contributions than that which prevailed under direct cost sharing.

Also, under the EPF Act, as of April 1, 1977, the federal government is making additional equal per capita cash contributions to the provinces towards the cost of extended health care services not covered by the Medical Care and Hospital Insurance Programs. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution is estimated at $36.87 per capita or $917,577,000 overall for 1983-84, and is subject to yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions. The only condition of payment of the extended health care services program is that the provinces furnish to the Minister of National Health and Welfare such information as is reasonably required by Canada to carry out its international obligations, for the planning and achieving of national standards, and for mutually useful exchanges of information between Canada and the provinces in relation to health care.

**Program Changes and Development**

The rendering of charges (extra-billing and user fees) by medical practitioners and institutions that are in excess of provincial plan benefit levels continued to be a prominent public issue. Nine provinces allowed physicians to collect additional payments from patients for professional services rendered, and five provinces permitted medical institutions to levy charges in excess of provincial plan payment. Of these, four provinces allowed both types of surcharges while in the remaining provinces, only one or the other were in effect. It is estimated that the total extra-billing and user charges levied across the country amounted to

social qui est chargé par le Parlement de s'assurer que les régimes provinciaux continuent de satisfaire aux critères de la Loi fédérale sur l'assurance-santé concernant des points comme la garantie tous risques des services assurés couverts, l'application universelle de la garantie à tous les résidents assurables, l'accès raisonnable aux services assurés sans qu'il soit entravé par des frais d'utilisation ou d'autres dispositions, la transférabilité des prestations, des normes suffisantes en matière de soins, et l'administration sans but lucratif assurée par un organisme public. En vertu des nouveaux accords financiers, les provinces jouissent maintenant d'une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs propres fonds et des contributions fédérales que dans le contexte du partage direct des frais.

De plus, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral verse aux provinces, depuis le 1er avril 1977, des contributions supplémentaires en espèces, soit une somme équivalente pour chacune de celles-ci, calculée selon une formule par habitant, afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires de santé non prévus par les Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Il s'agit des services suivants: les soins courants en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (l'aspect santé) et les soins ambulatoires. La contribution relative aux services complémentaires de santé est évaluée à 36,87 $ par habitant, ce qui représente un montant global de 917 577 000$ pour l'année 1983-1984, et elle augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces de base. La seule condition de paiement dans le cadre du programme de services complémentaires de santé est que les provinces fournissent au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social les données dont a besoin le gouvernement du Canada pour s'acquitter de ses obligations internationales, élaborer et appliquer des normes nationales et assurer un échange efficace de renseignements avec les provinces en matière de services de soins.

**Changements aux programmes et nouveaux faits**

La question des frais facturés par les médecins et les hôpitaux (surfacturation et frais aux usagers) en sus des tarifs fixés par les régimes provinciaux d'assurance-santé a continué d'être une préoccupation majeure pour le gouvernement. Au total, neuf provinces permettaient aux médecins de percevoir des montants supplémentaires des patients pour services professionnels rendus et cinq provinces autorisaient les hôpitaux à imposer des frais supplémentaires à ceux qui sont couverts sous le régime provincial. Quatre de ces provinces permettaient les deux sortes de surcharge tandis que dans les autres provinces, l'un ou l'autre

well over $100 million during the fiscal year 1983-84.

Given this situation, the federal government pursued its objective of introducing new health insurance legislation which would protect, renew and improve Medicare while respecting the constitutional division of powers and responsibility in health care matters. Joint or bilateral meetings between federal and provincial ministers of health as well as meetings between health officials at both levels of Government were held throughout the year to further discuss this issue. In July 1983, the Government of Canada released a public document explaining the current situation with Medicare and emphasizing the importance of entrenching the basic principles of our health care system. The Minister of National Health and Welfare subsequently reiterated this goal at a conference of provincial ministers of health held in the fall. Bill C-3 (The Canada Health Act) was tabled in the House of Commons in December 1983 and received Third Reading on March 29, 1984. The Bill sought to clarify and strengthen the five basic conditions that have been the cornerstone of the health insurance system since its very inception.

**Selected Changes in Provincial Plans**

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans continued. While there was concern expressed about the effects of extra-billing, premiums, and problems of eligibility and portability, all provinces and territories continued to adhere to the conditions of the Act. The Department of National Health and Welfare continued to follow-up with the provinces concerning all allegations to the contrary which came to its attention.

Changes which occurred in provincial plans during the fiscal year include the following:

- While Newfoundland does not require its residents to pay health care premiums, the province introduced, as of April 1, 1983, a $5.00 processing fee which is to be applied in instances where a new Medical Care Plan card is issued.

- Effective January 1, 1984, New Brunswick implemented a Seniors' Health Benefits Program. Residents of the province who are 65 years of age and over, registered with the provincial plan, and in receipt of Old Age Security and the Guaranteed

de ces frais additionnels étaient en vigueur. On estime que le montant total des deux types de surcharge perçus à travers le pays pendant l'année financière 1983-1984, s'est chiffré à bien au-delà de 100 millions.

Face à cette situation, le gouvernement fédéral a continué ses démarches en vue d'introduire une nouvelle loi sur la santé ayant pour objectif premier de consolider et d'améliorer le système de santé canadien tout en respectant le partage des responsabilités constitutionnelles en matière de soins de santé. Tout au long de l'année, il y eut une série de rencontres entre les ministres de la santé et les officiels des deux niveaux de gouvernement afin de discuter plus en détail de ce sujet. En juillet 1983, le gouvernement fédéral mettait en circulation un document public qui faisait le point sur la situation actuelle quant au système de santé et qui accentuait l'importance de préserver les principes fondamentaux de l'assurance-santé. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a par la suite réaffirmé cet engagement à une conférence des ministres provinciaux de la santé qui avait lieu à l'automne. Le projet de loi C-3 (Loi canadienne sur la santé) a été déposé à la Chambre des communes en décembre 1983 et est allé en troisième lecture le 29 mars 1984. Ce projet de loi visait à clarifier et à consolider les cinq conditions de base qui sous-tendent notre système de soins de santé assurés depuis le début.

**Certains changements apportés aux régimes provinciaux**

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements des différents régimes provinciaux s'est poursuivie. Malgré les inquiétudes exprimées au sujet de la surfacturation, des primes et des problèmes d'admissibilité et de transférabilité, toutes les provinces et les territoires ont continué à satisfaire aux exigences de la loi. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a poursuivi sa surveillance auprès des provinces lorsqu'il soupçonnait que ces exigences n'étaient pas respectées.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

- Bien que les résidents de Terre-Neuve ne sont pas tenus d'acquiter des primes d'assurance-santé, la province a introduit à compter du 1er avril 1983, des frais de 5 $ applicables dans les cas où une nouvelle carte est émise sous le régime de santé provincial (Medical Care Plan).

- À compter du 1er janvier 1984, le Nouveau-Brunswick a introduit le Programme d'allocations-santé pour les personnes âgées. Les résidents de la province âgés de 65 ans et plus qui sont inscrits au régime d'assurance-santé

Income Supplement (GIS), qualify for benefits under this program. Those who meet these eligibility requirements but are not receiving GIS may register with the program provided they pay an annual premium of $39.96.

- Effective June 1, 1983, an amendment to the Regulations under the Saskatchewan Medical Care Insurance Act recognizes the chiropractor as a referring practitioner for payment purposes. Thus, services provided by a specialist to a patient referred by a chiropractor are now paid at the approved referred benefit rate.

- In 1983-84, Alberta revised and redesigned its Aids to Daily Living Program with a view to maximizing the quality of services available under the program while enhancing budget control. In the process, several other programs already in existence in the province were amalgamated under the Aids to Daily Living Program.

- Increases in the schedule of payments for medical practitioners were implemented in all provinces, except Alberta.

The Appendix contains a tabular summary of provincial medical care and hospital insurance plans, as of January 1, 1984. It should be noted, however, that this information is subject to change. Enquiries in this regard may be directed to the Director, Coordination and Communications, Health Insurance Directorate, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

**Medical Care Program - Administration**

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all residents of Canada can have access to necessary care on a pre-paid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities:

1. administration of the Medical Care Act;

2. provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans;

provincial, et qui reçoivent les Allocations de la sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti ont droit aux prestations de ce programme. Ceux qui rencontrent ces critères mais ne reçoivent pas le Supplément de revenu garanti peuvent s'inscrire au programme, moyennant le paiement d'une prime annuelle au montant de 39,96 $.

- À compter du 1er juin 1983, la Saskatchewan a apporté un changement aux règlements sous le Saskatchewan Medical Care Insurance Act selon lequel les chiropraticiens sont maintenant reconnus comme médecins recommandants pour fins de paiement. Ainsi donc, les services fournis par un spécialiste à un patient qui lui a été référé par un chiropraticien sont maintenant payés au taux approuvé pour les services fournis sur recommandation.

- Au cours de l'année 1983-1984, l'Alberta a révisé et ajusté son programme Aids to Daily Living dans le but de porter au maximum la qualité des services offerts sous ce programme tout en favorisant un meilleur contrôle du budget. Plusieurs autres programmes déjà en existence dans la province ont été amalgamés sous celui-ci en cours de route.

- Une majoration des honoraires des médecins est entrée en vigueur dans toutes les provinces, sauf en Alberta.

L'annexe comprend un tableau récapitulatif des régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation, au 1er janvier 1984. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements sont variables. Les demandes de renseignements à ce sujet peuvent être adressées au Directeur, Coordination et communications, Direction de l'assurance-santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

**Programme de soins médicaux - Administration**

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins médicaux nécessaires, à paiement anticipé, et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour garantir son efficacité, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentées:

1. l'application de la Loi sur les soins médicaux;

2. la création de services consultatifs, destinés aux provinces, sur les divers aspects des régimes provinciaux de soins médicaux;

3. conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Health Services and Promotion Branch is responsible for the administration of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, and the program for Extended Health Care Services. Other responsibilities of the Branch include conducting studies and providing advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program, the development of health standards and guidelines, and health promotion activities.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is also administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for the payment of claims for the insured services of the Medical Care and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. During 1983-84, payment amounted to $92.50. After replenishment of the Fund by the provinces, and the government of Canada, the closing balance, as of March 31, 1984, was $45,349.74.

**Selected Activities**

The federal-provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services met twice during the year. The specific functions of this Committee, which consists of senior provincial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government, are to:

1. consider specific issues delegated by the Conference of Deputy Ministers of Health, or accepted by a significant number of the provinces as matters where a general consensus of informed opinion would be helpful, and make recommendations where appropriate;

2. promote federal/provincial coordination of medical and institutional needs of Canadians on a provincial, national and international level;

3. exchange information, or arrange for the exchange of information, which is of interest to a significant number of members of the Advisory Committee;

3. la conduite d'études et la création de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, destinés aux provinces et aux organismes intéressés, dans les domaines de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

La Direction générale des services et de la promotion de la santé est chargée de surveiller l'application de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, du Programme des services complémentaires de santé. Elle entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et d'autres sujets connexes, gère le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, et voit à la création de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé, et à l'organisation des activités de promotion de la santé.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, qui est aussi gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, aux habitants du Canada qui n'ont pu obtenir la protection ou qui ont perdu leur droit à celle-ci sans que ce soit de leur faute. Au cours de l'année 1983-1984 les versements se sont élevés à 92,50 $. Les provinces et le gouvernement du Canada, ayant renfloué la Caisse, le solde au 31 mars 1984 était de 45 349,74 $.

**Activités d'intérêt**

Le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement s'est réuni deux fois cette année. Formé des dirigeants provinciaux des régimes d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral, ce Comité avait le mandat suivant:

1. examiner les questions particulières confiées au Comité consultatif par la Conférence des sous-ministres de la Santé, ou considérées par un nombre suffisant de provinces comme nécessitant une unanimité d'opinion bien informée, et faire les recommandations qui s'imposent;

2. promouvoir la coordination au niveau fédéral et provincial des besoins en soins et en établissement des Canadiens, à l'échelon provincial, national et international;

3. échanger des renseignements, ou veiller à ce que l'on échange des renseignements qui intéressent un nombre suffisant de membres du Comité consultatif;

4. serve as a forum that will offer a means of contact between the federal and provincial governments and national health organizations.

Items of particular interest discussed at these meetings include:

- the standard out-patient rates for insured services provided in other provinces;
- reciprocal billing arrangements between provinces for in-patient and out-patient services as well as arrangements for medical services;
- the development of a standardized management information system for hospitals;
- budget allocation of the Canadian Standards Association Health Care Technology Program;
- calculation of the per diem rate for hospitals;
- payment schedule comparisons between provinces;
- the development of a computerized health facilities planning system;
- the development of architectural design guidelines for facilities providing care for the elderly;
- the Report on National Health Strategies;
- recommendations of the Ad Hoc Committee on Health Information Review;
- staffing methodologies project for Canadian hospitals;
- workload measurement systems (radiology and laboratory);
- curbs on psychotherapy and counselling services;
- tariff negotiations with the medical profession;
- agreements as to the perquisites of the medical teaching staff;
- physicians' income study;
- coverage for in vitro fertilization.

4. servir de point de rencontre entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les organismes nationaux de santé.

Parmi les questions soulevées pendant ces réunions, mentionnons:

- les tarifs uniformes relatifs aux services assurés de consultation externe fournis à l'extérieur de la province;
- les accords entre les provinces concernant la facturation réciproque des services aux malades hospitalisés et des services de consultation externe ainsi que les dispositions pour les services médicaux;
- la création d'un système normalisé d'information de gestion pour les hôpitaux;
- l'affectation du budget du Programme de technologie sanitaire de l'Association canadienne de normalisation;
- le calcul du tarif de per diem pour les hôpitaux;
- la comparaison des barèmes de paiement entre les provinces;
- la création d'un système informatisé de planification des établissements de santé;
- l'élaboration de lignes directrices architecturales pour les établissements de soins pour personnes âgées;
- le Rapport sur l'élaboration d'une stratégie nationale de santé;
- les recommandations du Comité spécial sur la revue de l'information sanitaire;
- le projet de méthodologie de dotation pour les hôpitaux canadiens;
- les systèmes de mesure du volume de travail (radiologie et laboratoire);
- les services de psychothérapie et de counseling;
- les négociations avec les membres du corps médical au sujet des barèmes de paiement;
- ententes relatives aux privilèges du personnel médical enseignant;
- l'étude de revenu des médecins;
- montant prévu pour la fertilisation in vitro.

The Department continued to provide data on physicians' earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations during the year. Similar studies of other categories of health professionals were also continued at the request of the provinces. In-depth comparative analyses of utilization and cost experience of the provincial medical care insurance plans were also undertaken.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, academics, and representatives of foreign governments interested in Canada's national health insurance programs. Ongoing national and international interest in these programs was reflected in the many requests for information received by the Department.

**Financial Experience**

During the fiscal year 1983-84, federal payments made with respect to the Medical Care Program under Section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 to the provinces totalled $1,184,342,000.

Payments by Canada to the provinces for the fiscal years 1979-80 to 1983-84 are detailed in Table 1. These represent payments under Section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, and include compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program up to and including fiscal year 1981-82. Table 2 details advance payments for these years made in these years, but excludes Revenue Guarantee Compensation payments. Table 3 deals with contributions by Canada to the provinces; these data also exclude the Revenue Guarantee Compensation payments. These consisted of a combination of tax room transfers to the provinces and cash, as explained under the "Description of Financing Arrangements" section of this report.

Au cours de l'année, le Ministère a continué de fournir des données sur les gains et les dépenses des médecins aux administrateurs des régimes provinciaux de soins médicaux et aux associations médicales provinciales. À la demande des provinces, des études analogues sur d'autres catégories de spécialistes de la santé ont également été poursuivies. On a également procédé à des analyses comparatives approfondies sur l'utilisation et le coût des régimes provinciaux de soins médicaux.

Des échanges de renseignements et de points de vue se sont poursuivis avec les hauts fonctionnaires provinciaux, les universitaires et les représentants d'associations professionnelles et de gouvernements étrangers qui s'intéressent aux programmes nationaux d'assurance-santé au Canada. L'intérêt que suscitent les programmes canadiens à l'échelle nationale et internationale continue de se manifester par le nombre élevé de demandes de renseignements adressées au Ministère.

**Rapport financier**

Au cours de l'année financière 1983-1984, les versements fédéraux aux provinces, en vertu de l'Article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, se sont chiffrés à environ 1 184 342 000 $.

Les versements du Canada aux provinces pour les années financières de 1979-1980 à 1983-1984 sont indiqués au Tableau 1. Ces chiffres représentent les versements faits en vertu de l'Article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, et couprennent, le cas échéant, les indemnités versées en raison de la terminaison du Programme de revenus garantis de 1972. Le Tableau 2 indique les versements anticipés pour ces années financières, mais ne comprend pas les indemnités relatives au Programme de revenus garantis. Le Tableau 3 porte sur les contributions du Canada aux provinces mais ces données ne comprennent pas non plus les indemnités du Programme de revenus garantis. Ces contributions étaient faites sous la forme de transferts de champs d'imposition aux provinces et de versements en espèces, comme l'explique la rubrique "Description des accords de financement" du présent rapport.

Table 1
Medical Care Program
Payments by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1979-80 to 1983-84

Tableau 1
Programme de soins médicaux
Versements du Canada aux provinces pour les années financières
1979-1980 à 1983-1984

| | 1979-80 | 1980-81 | 1981-82 | 1982-83[2] | 1983-84[2] |
|---|---|---|---|---|---|
| Newfoundland/Terre-Neuve | $ 22,560,000 | $ 24,401,000 | $ 25,626,000 | $ 21,337,000 | $ 31,857,000 |
| Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard | 4,909,000 | 5,194,000 | 5,437,000 | 4,801,000 | 6,846,000 |
| Nova Scotia/Nouvelle-Écosse | 33,409,000 | 36,324,000 | 37,489,000 | 33,673,000 | 47,448,000 |
| New Brunswick/Nouveau-Brunswick | 28,005,000 | 29,738,000 | 31,082,000 | 27,035,000 | 38,934,000 |
| Quebec/Québec | 175,114,000[3] | 170,823,000[3] | 178,692,000[3] | 151,868,000[3] | 258,852,000[3] |
| Ontario | 315,750,000 | 337,230,000 | 359,385,000 | 329,174,000 | 450,315,000 |
| Manitoba | 41,357,000 | 44,661,000 | 45,075,000 | 41,526,000 | 54,922,000 |
| Saskatchewan | 38,379,000 | 40,954,000 | 42,898,000 | 41,662,000 | 59,210,000 |
| Alberta | 63,028,000 | 69,562,000 | 81,542,000 | 77,372,000 | 87,701,000 |
| British Columbia/Colombie-Britannique | 92,223,000 | 98,230,000 | 97,910,000 | 96,994,000 | 145,185,000 |
| Yukon Territory/Territoire du Yukon | 688,000 | 741,000 | 846,000 | 836,000 | 947,000 |
| Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest | 1,613,000 | 1,749,000 | 1,710,000 | 2,240,000 | 2,125,000 |
| Canada | $817,035,000 | $859,607,000 | $907,692,000 | $828,518,000 | $1,184,342,000 |
| Consisting of:/Comprenant: | | | | | |
| a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/Les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours; and/et | $814,520,000 | $892,034,000 | $943,995,000 | $919,601,000 | $1,120,662,000 |
| b) Adjustment to payments with respect to the previous fiscal years/Redressement aux paiements pour les années financières précédentes | 2,515,000 | (32,427,000) | (36,303,000) | (91,083,000) | 63,680,000 |
| Total Payments/Sommes globales | $817,035,000 | $859,607,000 | $907,692,000 | $828,518,000 | $1,184,342,000 |

2. These contributions no longer include Revenue Guarantee Compensation payments as this program ended on April 1, 1982./Ces données ne comprennent plus les indemnités versées en raison de la terminaison du Programme de revenus garantis puisque le programme prit fin le 1er avril 1982.

3. The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under Section 7 of the EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer./Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. S'il en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'Article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

Table 2
Medical Care Program
Advance Payments by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1979-80 to 1983-84
Excluding compensation for the termination of the 1972
Revenue Guarantee Program

Tableau 2
Programme de soins médicaux
Versements anticipés du Canada aux provinces pour les années financières 1979-1980 à 1983-1984
Excluant la compensation pour la terminaison du Programme de revenu garanti de 1972

| | 1979-80 | 1980-81 | 1981-82 | 1982-83 | 1983-84 |
|---|---|---|---|---|---|
| Newfoundland/Terre-Neuve | $ 19,752,000 | $ 21,198,000 | $ 24,772,000 | $ 25,536,000 | $ 30,455,000 |
| Prince Edward Island/Ile-du-Prince-Édouard | 4,277,000 | 4,609,000 | 5,257,000 | 5,493,000 | 6,535,000 |
| Nova Scotia/Nouvelle-Écosse | 29,547,000 | 31,694,000 | 36,244,000 | 38,145,000 | 45,284,000 |
| New Brunswick/Nouveau-Brunswick | 24,299,000 | 26,106,000 | 30,049,000 | 31,350,000 | 37,242,000 |
| Quebec/Québec | 145,647,000[4] | 150,991,000[4] | 171,395,000[4] | 181,205,000[4] | 234,741,000[4] |
| Ontario | 280,527,000 | 303,416,000 | 344,839,000 | 366,818,000 | 433,241,000 |
| Manitoba | 36,122,000 | 38,458,000 | 43,598,000 | 46,334,000 | 55,186,000 |
| Saskatchewan | 33,417,000 | 36,040,000 | 41,431,000 | 45,554,000 | 54,992,000 |
| Alberta | 61,235,000 | 69,771,000 | 77,690,000 | 70,813,000 | 86,725,000 |
| British Columbia/Colombie-Britannique | 78,289,000 | 86,543,000 | 98,154,000 | 105,561,000 | 133,051,000 |
| Yukon Territory/Territoire du Yukon | 662,000 | 727,000 | 787,000 | 732,000 | 943,000 |
| Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest | 1,514,000 | 1,562,000 | 1,745,000 | 2,060,000 | 2,267,000 |
| Canada | $715,288,000 | $771,115,000 | $875,961,000 | $919,601,000 | $1,120,662,000 |
| Consisting of:/Comprenant: | | | | | |
| a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/Les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours; and/et | $715,288,000 | $771,115,000 | $875,961,000 | $919,601,000 | $1,120,662,000 |
| b) Adjustment to payments with respect to the previous fiscal years/Redressement aux paiements pour les années financières précédentes[5] | 2,515,000 | (32,427,000) | (36,303,000) | (91,083,000) | 63,680,000 |
| Total Payments/Somme globales | $717,803,000 | $738,688,000 | $839,658,000 | $828,518,000 | $1,184,342,000 |

4. The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under Section 7 of the EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer./Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. S'il en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'Article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

5. Due to the manner in which the Department of Finance reports payment data, it has not been possible to segregate those portions of the adjustment payments involving the Revenue Guarantee. Thus, the data in this row are identical to those contained in Table 1./À cause de la façon dont le ministère des Finances fait rapport sur les paiements, il n'a pas été possible de séparer la portion des paiements de redressement concernant le Revenu garanti. Donc, les données dans cette colonne sont identiques à celles du Tableau 1.

Table 3
Medical Care Program
Contributions by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1979-80 to 1983-84[6]

Tableau 3
Programme de soins médicaux
Contributions du Canada aux provinces pour les années financières 1979-1980 à 1983-1984[6]

| | 1979-80 | 1980-81 | 1981-82 | 1982-83 | 1983-84 |
|---|---|---|---|---|---|
| Newfoundland/Terre-Neuve | $ 33,281,000 | $ 37,042,000 | $ 41,295,000 | $ 46,413,000 | $ 51,414,000 |
| Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard | 7,206,000 | 8,042,000 | 8,912,000 | 10,018,000 | 11,096,000 |
| Nova Scotia/Nouvelle-Écosse | 49,786,000 | 55,347,000 | 61,646,000 | 69,534,000 | 76,899,000 |
| New Brunswick/Nouveau-Brunswick | 40,943,000 | 45,543,000 | 50,659,000 | 57,059,000 | 63,171,000 |
| Quebec/Québec | 375,206,000 | 418,236,000 | 468,353,000 | 529,018,000 | 581,095,000 |
| Ontario | 502,721,000 | 561,243,000 | 627,421,000 | 711,591,000 | 787,748,000 |
| Manitoba | 60,864,000 | 67,123,000 | 74,653,000 | 84,457,000 | 93,556,000 |
| Saskatchewan | 56,307,000 | 62,832,000 | 70,439,000 | 79,935,000 | 88,691,000 |
| Alberta | 128,352,000 | 154,095,000 | 182,478,000 | 189,285,000 | 209,450,000 |
| British Columbia/Colombie-Britannique | 153,077,000 | 177,050,000 | 200,308,000 | 227,868,000 | 251,771,000 |
| Yukon Territory/Territoire du Yukon | 1,429,000 | 1,617,000 | 1,831,000 | 1,935,000 | 2,000,000 |
| Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest | 2,654,000 | 2,928,000 | 3,327,000 | 3,853,000 | 4,329,000 |
| CANADA | $1,411,826,000 | $1,591,098,000 | $1,791,322,000 | $2,010,966,000 | $2,221,220,000 |

6. These contributions data exclude compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program, but include cash contributions and tax transfers./Ces données sur les contributions excluent la compensation pour la terminaison du Programme de revenu garanti de 1972, mais incluent les contributions comptant et les transferts d'impôts.

## Analysis of Cost Changes[7]

The analysis in this section covers the fiscal years 1974-75 to 1983-84[8].

Unadjusted aggregate and per capita program costs,[9] as reported by the ten provinces, increased from $1,459.2 million, or $64.91 per capita in 1974-75 to $4,998.3 million, or $199.12 per capita in 1983-84. For the fiscal years to 1976-77 inclusive the program costs reported by the provinces were the basis for calculating the federal contributions under the Medical Care Act (Canada). Under the financing arrangements in effect since then, the federal contributions are no longer based upon reported program costs. Although provinces continued to report in the autumn of each year on their program costs for the preceding fiscal year, recent data for some of the provinces were subject to the distorting effects of various administrative and organizational changes.

The dollar figures and percentage changes shown in Table 4 are based upon program costs that were adjusted to improve their year-to-year comparability. The adjustments consist of an increase in the 1974-75 program costs for Ontario and the four western provinces to offset a temporary transfer of the costs of certain laboratory and radiology services from the provincial medical care insurance programs to the hospital insurance programs, and adjustments of program costs in certain provinces where the figures reported for recent years are no longer fully comparable with those for earlier years. The counts of insured persons, used to calculate per capita rates, were adjusted in the light of the most recent Statistics Canada estimates of the net population[10].

## Analyse des variations dans les coûts[7]

Dans cette partie, l'analyse se rapporte aux années financières 1974-1975 à 1983-1984[8].

Les coûts globaux et par habitant[9] déclarés par les dix provinces sont passés de 1459,2 millions de dollars, ou 64,91 $ par habitant, en 1974-1975, à 4998,3 millions de dollars ou 199,12 $ par habitant, en 1983-1984. Jusqu'en 1976-1977 inclusivement, les coûts déclarés par les provinces ont servi de base pour calculer le montant des contributions fédérales en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada). Toutefois, par suite des accords fiscaux en vigueur depuis lors, les contributions fédérales ne sont plus établies en fonction des coûts déclarés. Bien que, chaque automne, les provinces fassent connaître leurs coûts pour l'année financière précédente, les données récentes de certaines provinces subissaient un effet de distorsion en raison de changements d'ordre administratif ou structurel.

Les montants en dollars et les variations en pourcentage qui figurent au Tableau 4 sont fondés sur des coûts qui ont été rajustés pour faciliter la comparaison d'une année à l'autre. Pour procéder à ces rajustements, on a augmenté les coûts pour l'Ontario et les quatre provinces de l'Ouest pour 1974-1975, de façon à compenser le transfert provisoire des coûts de certains services de laboratoire et de radiologie du régime provincial de soins médicaux au régime d'assurance-hospitalisation et l'on a rajusté les coûts dans certaines provinces où les chiffres déclarés pour les dernières années ne sont plus entièrement comparables à ceux des années antérieures. Le total des personnes assurées, utilisé pour calculer le taux par habitant, a été rajusté en fonction des estimations les plus récentes de Statistique Canada de la population nette[10].

---

7. Excludes Yukon and Northwest Territories.
8. Years ending March 31.
9. Program costs consist of the sum of provincial expenditures for services insured under the terms of the Medical Care Act (Canada); they exclude costs of administration. All provinces report program costs on a date-of-payment basis. Consequently, some of the expenditure figures analyzed here may be subject to the effects of changes in the delay between the date of service and the date of payment.
10. The net population consists of the total population, minus members of the Armed Forces and the R.C.M.P., and minus inmates of federal penitentiaries. In 1983-84 the number of excluded persons was about 108 500 or 0.44 per cent of the total population.

7. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest exclus.
8. Années finissant le 31 mars.
9. Représente la somme des dépenses engagées par les provinces pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada), à l'exclusion des frais d'administration. Toutes les provinces déclarent leurs frais de programmes en fonction de la date des paiements. Par conséquent, les chiffres analysés ici peuvent être sujets aux effets des changements dans le délai entre la date de service et la date de paiement.
10. La population nette est la population totale à l'exclusion des membres des Forces armées, de la GRC et des détenus dans les pénitenciers fédéraux. En 1983-1984, le nombre de personnes exclues s'élevait à 108 500 ou 0,44 p. 100 de la population totale.

Table 4/Tableau 4
Adjusted Aggregate and Per Capita Program Costs, and Average Annual Rates of Change[11]/
Coûts globaux et par habitant rajustés et taux annuels moyens de variation[11]

| | 1974-75 | | 1982-83 | | 1983-84 |
|---|---|---|---|---|---|
| Aggregate Program Costs ($ Millions)/ Coûts globaux (millions $) | 1,586.0 | | 4,392.5 | | 5,009.0 |
| Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%) | | 13.6 | | 14.0 | |
| Per Capita Program Costs ($)/ Coûts par habitant ($) | 71.03 | | 178.96 | | 202.09 |
| Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%) | | 12.2 | | 12.9 | |

Over the entire period from 1974-75 to 1983-84, adjusted aggregate program costs increased by 215.8 per cent, or 13.6 per cent per year. In per capita terms the increases were 184.5 per cent overall, and 12.3 per cent per year.

Total Medical Care Program costs consist of fee payments to physicians, non-fee payments to physicians, and the costs of certain dental services performed in hospitals. In the years 1974-75 to 1983-84, non-fee payments to physicians and the costs of insured dental services, taken together, accounted for 5.9 per cent to 6.7 per cent of total program costs.

Table 5 refers only to fee payments to physicians. The further details provided in the following paragraphs and tables are confined to such payments.

Pendant toute la période allant de 1974-1975 à 1983-1984, les coûts globaux (rajustés) ont augmenté de 215,8 p. 100, ou 13,6 p. 100 par année. Pour ce qui est de l'augmentation des coûts par habitant, elle a été de 184,5 p. 100 globalement, soit 12,3 p. 100 par année.

Le coût total du programme de soins médicaux comprend les paiements aux médecins rémunérés à l'acte, les paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et les frais de certains services dentaires offerts dans les hôpitaux. Pour la période de 1974-1975 à 1983-1984, la somme des paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et des frais des services dentaires représentait de 5,9 à 6,7 p. 100 des coûts globaux.

Le Tableau 5 ne porte que sur les paiements aux médecins rémunérés à l'acte. Toutes les autres données fournies dans les paragraphes et tableaux suivants ne se rapportent qu'à ces paiements.

11. Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

11. Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 5/Tableau 5
Adjusted Aggregate and Per Capita Fee Payments to Physicians, and Average Annual Rates of Change[12]
Montants rajustés des versements aux médecins rémunérés à l'acte (globaux et par habitant) et taux annuels moyens de variation[12]

| | 1974-75 | | 1982-83 | | 1983-84 |
|---|---|---|---|---|---|
| Aggregate Fee Payments ($ Millions)/ Ensemble des paiements à l'acte (millions $) | 1,492.5 | | 4,096.7 | | 4,681.0 |
| Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%) | | 13.5 | | 14.3 | |
| Per Capita Fee Payments ($)/ Paiements à l'acte par habitant ($) | 66.84 | | 166.91 | | 188.86 |
| Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%) | | 12.1 | | 13.2 | |

Table 6 contains information, for selected periods, about some of the factors that tend to contribute to changes in fee-for-service program costs. Such factors as population, the number of physicians and price are measured directly. Other factors, e.g. per capita fee payments and utilization, are derived from the measured ones. The data on changes in program costs are supplemented by information on changes in the Gross National Product (GNP) and in the Consumer Price Index (CPI).

Le Tableau 6 contient des données, pour des périodes choisies, au sujet de certains des facteurs qui peuvent entraîner des changements dans les coûts des programmes de rémunération à l'acte. Des facteurs comme la population, le nombre de médecins et les prix sont mesurés directement. D'autres facteurs, par exemple les paiements à l'acte par habitant ainsi que l'utilisation sont calculés à partir des facteurs mesurés. Les données relatives aux variations dans les coûts des programmes sont complétées par des données sur les variations du Produit national brut (PNB) et de l'Indice des prix à la consommation (IPC).

12. Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

12. Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 6/Tableau 6
Average Annual Rates of Change of Selected Factors Contributing to Changes in Fee Payments/
Taux annuels de variation de certains facteurs contribuant aux variations des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte

| | Per Cent Change Per Year/ Variation annuelle en pourcentage | | |
|---|---|---|---|
| | 1974-75 to/à 1982-83 | 1982-83 to/à 1983-84 | 1974-75 to/à 1983-84 |
| Aggregate Fee Payments to Physicians/ Ensemble des paiements à l'acte aux médecins rémunérés | 13.5 | 14.3 | 13.5 |
| Insured Population/Population assurée | 1.2 | 1.0 | 1.2 |
| Per Capita Fee Payments/Paiements à l'acte par habitant | 12.1 | 13.2 | 12.2 |
| Number of Physicians/Nombre de médecins | 3.1 | 3.0 | 3.1 |
| Fee Payments per Physician/Paiement à l'acte par médecin | 10.0 | 11.0 | 10.1 |
| Per Capita Number of Physicians/Nombre de médecins par habitant | 1.9 | 2.0 | 1.9 |
| Price/Prix | 8.5 | 9.2 | 8.6 |
| Utilization/Utilisation | 4.6 | 4.7 | 4.6 |
| Per Capita Utilization/Utilisation par habitant | 3.4 | 3.6 | 3.4 |
| Utilization per Physician/Utilisation par médecin | 1.4 | 1.6 | 1.5 |
| Gross National Product/Produit national brut[13] | 11.7 | 8.8 | 11.4 |
| Consumer Price Index/Indice des prix à la consommation[13] | 9.7 | 5.8 | 9.3 |

The physician-supply factor shows changes in the number of full-time equivalent physicians[14]. The price factor measures changes in the fee-for-service payment schedules of provincial medical care insurance plans. It does not measure changes in the average cost of services which may result from changes in patterns of practice or in the billing habits of physicians. The utilization factor is a residual - it is obtained by removing the effects of price changes from increases in fee payments - and is not measured independently, i.e. it is not determined by counting changes in the number of services provided by physicians. It may not only reflect changes in the volume of services, but also include the price-effect of changes in

Le facteur "effectif de médecins" montre les changements sur le plan du nombre de médecins équivalents plein temps[14]. Le facteur "prix" mesure les changements dans les barèmes de rémunération à l'acte des régimes provinciaux d'assurance-maladie, mais non les variations dans le coût moyen des services qui peuvent être imputables aux changements de mode d'exercice ou de facturation des médecins. Le facteur "utilisation" est un résidu et n'est pas mesuré de manière indépendante, c'est-à-dire qu'on ne l'obtient pas en comptant les changements dans le nombre de services fournis par les médecins. En conséquence, ce facteur rend peut-être non seulement compte du changement dans le volume des services, mais encore des répercussions que

13. The percentages shown for GNP and CPI are based upon calendar year figures, i.e. they reflect changes from 1974 to 1982, etc.

14. The number of full-time equivalent physicians is not an actual count, but is a derived figure that takes into account the costs of services performed by physicians in full-time and part-time fee practice.

13. Les pourcentages indiqués pour le PNB et l'IPC ont été calculés à partir des chiffres des années civiles, c'est-à-dire qu'ils reflètent les changements survenus entre 1974 et 1982, etc.

14. Le nombre de médecins équivalents plein temps ne constitue pas un chiffre réel; il s'agit d'un chiffre calculé qui tient compte du coût des services rendus par des médecins exerçant à plein temps ou à temps partiel.

patterns of practice and billing habits of physicians. Per capita utilization, i.e. the estimated volume of fee services per insured person, is believed to grow or decline as a result of changes in: the age-sex and urban-rural distribution of the insured population; people's expectations; technology; and the per capita supply of physicians.

Over the entire period from 1974-75 to 1982-83, aggregate fee payments grew at a higher rate than did the GNP. Increases in fee payments per physician were slightly larger than changes in the CPI.

As shown in Table 6, most of the increases from 1982-83 to 1983-84 were roughly in keeping with trends established during the preceding eight-year period. In the last year, such factors as aggregate fee payments and the price of physicians' services grew at considerably higher rates than did the GNP and the CPI.

In Table 7, the data from Table 6 are expressed in dollar terms and in corresponding percentage distributions. In attributing dollar effects to changes in the insured population and to changes in physician supply, it is assumed that each additional insured person or physician tends to generate the same fee payments per person or per physician as were generated on the average by those already insured or practising in the base period.

peuvent avoir les changements dans le mode d'exercice ou de facturation des médecins sur les prix des services. L'utilisation par habitant, c'est-à-dire le volume estimatif, par personne assurée, des services fournis par les médecins rémunérés à l'acte peut s'accroître ou diminuer par suite de changements dans la répartition selon l'âge et le sexe, ainsi que dans la distribution urbaine-rurale de la population assurée, les attentes de la population, les progrès technologiques et les changements dans l'effectif de médecins par habitant.

Pendant toute la période allant de 1974-1975 à 1982-1983, l'ensemble des paiements à l'acte a augmenté à un rythme plus élevé que le PNB, tandis que les augmentations dans les paiements à l'acte par médecin ont été légèrement supérieures aux variations de l'IPC.

Comme l'indique le Tableau 6, la majorité des augmentations entre 1982-1983 et 1983-1984 se poursuivaient selon les tendances établies au cours des huit années précédentes. Pendant la dernière année, les facteurs tels que l'ensemble des paiements à l'acte et le prix des services fournis par les médecins ont augmenté à un rythme considérablement plus élevé que le PNB et l'IPC.

Dans le Tableau 7, les données présentées au Tableau 6 sont exprimées en termes monétaires, et l'on a également ajouté les pourcentages correspondants. En attribuant des effets monétaires aux changements dans la population assurée et aux changements dans l'effectif des médecins, on suppose que chaque personne assurée additionnelle ou chaque médecin additionnel entraîne des paiements par personne ou par médecin équivalents à ceux qui sont occasionnés en moyenne par les personnes qui étaient déjà assurées ou les médecins qui exerçaient déjà au cours de la période de base.

Table 7/Tableau 7
Extent to which Selected Factors Contributed to Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians/
Contribution de certains facteurs choisis à l'accroissement des versements totaux aux médecins rémunérés à l'acte

| | Annual Average/Moyenne annuelle | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1974-75 to/à 1982-83 | | 1982-83 to/à 1983-84 | | 1974-75 to/à 1983-84 | |
| | ($ Million) | (%) | ($ Million) | (%) | ($ Million) | (%) |
| Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians/ Augmentation de l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins | 325.5 | 100.0 | 584.3 | 100.0 | 354.3 | 100.0 |
| **Attributable to Changes in:/ Attribuable aux changements dans les facteurs suivants:** | | | | | | |
| Insured Population/ Population assurée | 30.0 | 9.2 | 42.3 | 7.2 | 31.8 | 9.0 |
| Per Capita Fee Payments/ Paiements à l'acte par habitant | 295.5 | 90.8 | 542.1 | 92.8 | 322.5 | 91.0 |
| Number of Physicians/ Nombre de médecins | 79.2 | 24.3 | 129.8 | 22.2 | 85.3 | 24.1 |
| Fee Payments per Physician/ Paiements à l'acte par médecin | 246.4 | 75.7 | 454.5 | 77.8 | 269.0 | 75.9 |
| Per Capita Number of Physicians/ Nombre de médecins par habitant | 49.2 | 15.1 | 87.6 | 15.0 | 53.5 | 15.1 |
| Price/Prix | 209.4 | 64.3 | 383.5 | 65.7 | 228.4 | 64.5 |
| Utilization/Utilisation | 116.2 | 35.7 | 200.7 | 34.3 | 125.9 | 35.5 |
| Per Capita Utilization/Utilisation par habitant | 86.2 | 26.5 | 158.5 | 27.1 | 94.1 | 26.5 |
| Utilization per Physician/Utilisation par médecin | 37.0 | 11.4 | 70.9 | 12.1 | 40.6 | 11.4 |

During the nine-year period from 1974-75 to 1983-84 aggregate fee payments to physicians rose by $3,188.5 million or $354.3 million per year. Of the total increase of $3,188.5 million, 9.0 per cent, or $286.5 million, was accounted for by population growth, and a further 64.5 per cent, or $2,055.6 million, was the result of price changes. The remaining 26.5 per cent, or $846.4 million, was the result of changes in the utilization per insured person. As mentioned before, the utilization factor may not consist entirely of volume changes, but may include the price effects of changes in the patterns of practice and in billing habits of physicians.

Increases in the utilization per insured person are believed to be strongly influenced by increases in the per capita supply of physicians. Assuming a direct relationship between the two just-mentioned ratios, i.e. per capita utilization and the per capita supply of physicians, the data in Table 7 show that changes in the per capita supply of physicians accounted

Au cours des neuf années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1983-1984, l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins a augmenté de 3188,5 millions de dollars ou 354,3 millions de dollars par année. De cette augmentation totale de 3188,5 millions de dollars, 9,0 p. 100 ou 286,5 millions de dollars sont attribuables à l'augmentation de la population tandis que 64,5 p. 100 ou 2055,6 millions de dollars étaient imputables aux changements de prix. Le reste, soit 26,5 p. 100 ou 846,4 millions de dollars résultait de changements dans l'utilisation par personne assurée. Comme nous l'avons mentionné, ce dernier chiffre ne représente pas seulement des changements dans le volume, mais peut aussi comprendre l'effet de changements dans les modes d'exercice et de facturation des médecins sur les prix.

On croit que l'augmentation de l'utilisation par personne assurée est fortement influencée par l'augmentation du nombre de médecins par habitant. Si l'on suppose qu'il existe une relation directe entre ces deux facteurs, c'est-à-dire l'utilisation par habitant et le nombre de médecins par habitant, les données présentées dans le Tableau 7 indiquent que les

for 15.1 per cent, or $481.2 million, of the total increase in fee payments from 1974-75 to 1983-84 while changes in the utilization per physician accounted for 11.4 per cent, or $365.2 million.

Alternatively, the data in Table 7 suggest that changes in the total number of physicians accounted for 24.1 per cent, or $767.7 million, of the increase in fee payments to physicians, and that changes in fee payments per physician accounted for the remaining 75.9 per cent, or about $2,420.9 million.

It was stated earlier that changes in the age-sex composition of the insured population may be one of the factors which influence changes in the utilization per person. Statistics Canada's estimates of the age-sex distribution of the Canadian population (assumed to be representative of changes in the age-sex distribution of the insured population of the ten provincial medical care insurance plans) showed considerable changes from 1974 to 1983. During that period, there was a decline in the proportion of people aged "19 or less" and "45 to 54" from 37.3 per cent to 30.6 per cent and from 10.8 per cent to 10.1 per cent, respectively. Conversely, the share of the age group "20 to 44" rose from 35.2 per cent to 40.3 per cent, and the proportion of people aged "55 and over" rose from 16.6 per cent to 19.1 per cent. For all age groups combined, there was also a small increase in the proportion of females (the per capita costs of females tend to be about 40 per cent higher than those of males).

From data on the per capita costs, by five-year age group and sex, of the beneficiaries of four provincial medical care insurance plans (Quebec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), it is estimated that the changes in the age-sex composition of the population may have been responsible for an increase of about 4.8 per cent in per capita fee payments to physicians from 1974-75 to 1983-84, or a little over 0.5 per cent per year. In terms of the figures shown in Table 7, this suggests that changes in the age-sex distribution of the insured population raised fee payments by about $130.0 million, or 4.1 per cent of the total increase of $3,188.5 million, from 1974-75 to 1983-84.

Aggregate fee payments to physicians, and the factors which tend to influence the level of fee payments, changed at rates which varied from province to province.

changements dans le nombre de médecins par habitant représentent 15,1 p. 100, ou 481.2 millions de dollars de l'augmentation totale des paiements à l'acte entre 1974-1975 et 1983-1984 alors que les changements dans l'utilisation par médecin représentent 11,4 p. 100 ou 365.2 millions de dollars.

D'autre part, les données du Tableau 7 indiquent que les changements dans le nombre total de médecins représentent 24,1 p. 100, ou 767.7 millions de dollars de l'augmentation des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte et que les changements sur le plan des paiements à l'acte par médecin sont responsables des 75,9 p. 100 restants, soit environ 2420,9 millions de dollars.

Il a été mentionné plus tôt que le changement dans la composition par âge et par sexe de la population assurée peut être l'un des facteurs qui explique les changements dans l'utilisation par personne. Selon les estimations de Statistique Canada, la distribution de la population canadienne (considérée comme représentative des changements intervenus dans la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée par les régimes provinciaux d'assurance-santé) a accusé des changements considérables entre 1974 et 1983. Pendant cette période, on notait en effet une baisse de la proportion de la population âgée de 19 ans et moins ainsi que de 45 à 54 ans, cette diminution étant de 37,3 à 30,6 p. 100 et de 10,8 à 10,1 p. 100 respectivement. Réciproquement, la proportion de la population âgée de 20 à 44 ans est passée de 35,2 à 40,3 p. 100 et celle des personnes âgées de 55 ans et plus a augmenté de 16,6 à 19,1 p. 100. Pour tous les groupes d'âge combinés, on a aussi remarqué une légère hausse de la proportion des femmes (le coût par habitant de sexe féminin est généralement de 40 p. 100 plus élevé que le coût par habitant de sexe masculin).

À partir des données sur les coûts par habitant, par groupe d'âge de cinq ans et par sexe, des bénéficiaires de quatre régimes d'assurance-santé provinciaux (Québec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), on a estimé que les changements dans la composition par âge et par sexe de la population peuvent être la cause d'une augmentation d'environ 4,8 p. 100 dans les paiements à l'acte aux médecins par habitant entre 1974-1975 et 1983-1984, soit un peu plus de 0,5 p. 100 par année. Par rapport au chiffre indiqué dans le Tableau 7, cela porte à croire que les changements dans la distribution par âge et par sexe de la population assurée a fait augmenter les paiements à l'acte d'environ 130,0 millions de dollars soit 4,1 p. 100 de l'augmentation totale de 3188,5 millions de dollars entre 1974-1975 et 1983-1984.

L'ensemble des paiements effectués aux médecins rémunérés à l'acte ainsi que les facteurs qui peuvent influer sur le niveau des paiements à l'acte ont changé selon des taux qui varient d'une province à l'autre.

Table 8 shows median, minimum and maximum values in the annual rate of change of selected factors during the period from 1974-75 to 1983-84.

Le Tableau 8 montre les valeurs minimale, maximale et médiane du taux de changement annuel de certains facteurs au cours de la période de 1974-1975 à 1983-1984.

Table 8/Tableau 8
Interprovincial Variations in Average Annual Rates of Change of Selected Factors/
Variations interprovinciales dans les taux de changement annuels moyen de certains facteurs donnés

| | Per Cent Change Per Year 1974-75 to 1983-84/ Changement en pourcentage par année 1974-1975 à 1983-1984 | |
|---|---|---|
| | Medians/ Valeurs médianes | Range/ Variations |
| Aggregate Fee Payments to Physicians/ Ensemble des paiements à l'acte aux médecins | 13.8 | 10.0 to/à 17.0 |
| Insured Population/Population assurée | 0.8 | 0.5 to/à 3.4 |
| Per Capita Fee Payments/Paiements à l'acte par habitant | 12.7 | 9.3 to/à 14.3 |
| Number of Physicians/Nombre de médecins | 3.0 | 1.7 to/à 4.9 |
| Fee Payments per Physician/Paiements à l'acte par médecin | 10.6 | 6.7 to/à 12.5 |
| Per Capita Number of Physicians/Nombre de médecins par habitant | 1.8 | 0.6 to/à 4.2 |
| Price/Prix | 9.2 | 5.3 to/à 10.7 |
| Utilization/Utilisation | 4.4 | 2.9 to/à 5.7 |
| Per Capita Utilization/Utilisation par habitant | 3.4 | 1.8 to/à 4.3 |
| Utilization per Physician/Utilisation par médecin | 1.3 | 0.2 to/à 2.0 |

Particular provinces experienced high rates of increase with respect to some of the factors, and low rates of changes with respect to other factors. As a result of all the changes the gap between low and high per capita costs widened from 1974-75 to 1983-84, as follows[15]:

Certaines provinces ont connu de très fortes augmentations des taux pour certains facteurs et des hausses plus faibles en ce qui concerne d'autres facteurs. Par suite de tous les changements, l'écart entre les coûts faibles et élevés par habitant s'est élargi entre 1974-1975 et 1983-1984 de la façon suivante[15]:

15. The figures for Newfoundland are excluded because a high proportion of medical services in the province is provided by non-fee physicians. Consequently, per capita fee costs in the province are unusually low.

15. Les chiffres de Terre-Neuve ont été exclus parce qu'une forte proportion des services médicaux dans cette province sont dispensés par des médecins non rémunérés à l'acte. Par conséquent, les coûts des services rémunérés à l'acte sont exceptionnellement faibles dans cette province.

- range of per capita fee costs in 1974-75 = $40 to $79 (a difference of just under 100 per cent);

- range of per capita fee costs in 1983-84 = $123 to $264 (a difference of approximately 115 per cent).

- variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1974-1975 = 40 $ à 79 $ (une différence légèrement inférieure à 100 p. 100);

- variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1983-1984 = 123 $ à 264 $ (une différence d'environ 115 p. 100).

Source:

Health Information Division
Information Systems Directorate
Policy, Planning and Information Branch
Department of National Health and Welfare
January 1986

Source:

Division de l'information sur la santé
Direction des systèmes d'information
Direction générale de la politique, de la planification et de l'information
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Janvier 1986

## THE HOSPITAL INSURANCE AND MEDICAL CARE PROGRAMS

## SUMMARY OF PROVINCIAL* HEALTH INSURANCE PLANS**:

**benefits[a]: premiums: authorized charges (March 31, 1984)[b]**

### NEWFOUNDLAND

**Medical Care Insurance**

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners, certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals, and one full optometric diagnostic examination per beneficiary per year.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services not available in Newfoundland paid at host province rate. Other services paid at Newfoundland rate.

Outside Canada: Services not available in Canada paid at a rate established by the Newfoundland Medical Care Commission. Other services paid at Newfoundland rate.

Additional benefits (d): The Department of Health administers: Children's dental health program available to children up to their 13th birthday and for certain disabilities, e.g. cleft palate. There is a $5.00 fee per filling or extraction; cystic fibrosis program; food bank plan pays towards the cost of diets needed to prevent mental retardation arising from metabolic disorders; hearing aid program for needy or social assistance recipients; senior citizen's drug subsidy program for residents over 65 in receipt of or eligible for Guaranteed Income Supplement; social assistance drug plan; air and ground emergency ambulance programs pay towards the cost of services. (Effective April 1, 1984, the Department of Social Services administers the vision care program for school children of/and recipients of social assistance, foster children and selected long-term care patients in institutions or boarding homes.)

Premium per month: none. A $5.00 processing fee applies for every issuance of a Medical Care Plan Card.

*Any reference to Provinces includes the Territories.

**See notes (a) to (j) on pages 52-53.

## PROGRAMME D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET PROGRAMME DE SOINS MÉDICAUX

## RÉSUMÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX* D'ASSURANCE-SANTÉ**:

**services assurés[a]: primes: frais autorisés (le 31 mars 1984)[b]**

### TERRE-NEUVE

**Régime de soins médicaux**

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin, certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste et un examen de la vue complet, par année, par bénéficiaire.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif prévu par la province d'accueil. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

À l'étranger: services non offerts au Canada payés au tarif établi par la Commission. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Services complémentaires assurés (d): le ministère de la Santé administre: un programme d'hygiène dentaire disponible pour les enfants jusqu'à leur 13e anniversaire et pour certaines infirmités, comme les fissures palatines. Il y a des honoraires à l'acte de 5 $ par obturation ou extraction. Programme de fibrose kystique; programme de banque alimentaire pour supporter le coût des régimes nécessaires à la prévention de l'arriération mentale résultant de troubles du métabolisme; programme de prothèses acoustiques pour les indigents et les assistés sociaux; programme de subvention des médicaments pour les résidents de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti; programme de médicaments de l'Assistance sociale; programme d'ambulances aériennes et programme d'ambulances terrestres, en cas d'urgence, pour supporter le coût de ces services. (Depuis le 1er avril 1984, le ministère des Services sociaux administre le programme de soins de la vue pour les enfants d'âge scolaire des/et les assistés sociaux, les enfants nourriciers, de même que certains patients des établissements à long terme ou des maisons de pension.)

Prime mensuelle: aucune. 5 $ de frais de transformation imputables à l'émission de chaque carte sous le régime des soins médicaux.

*Toute référence aux provinces comprend les territoires.

**Voir notes (a) à (j) aux pages 52-53.

**Hospital Insurance**

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room, and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; use of radiotherapy facilities and radioactive isotopes where available; use of physiotherapy facilities.

Out-patient: Laboratory and radiological procedures, including radioactive isotopes, electroencephalograms, cardiograms and basal metabolism estimations, together with the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available, as well as clinic and emergency visits, including use of operating rooms, application of casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Out-of-province benefits (e): Same benefits as provided in the province.

Authorized charges: Standard ward charge of $5.00 per day, up to a maximum of 15 days per admission, including transfer to another hospital in which case cumulative charge limit of $75.00 also applies. Re-admission within 60 days of discharge in connection with the same illness or condition will be limited to the $75.00 maximum charge. Patients aged 65 years and over and patients certified by the Department of Social Services as being unable to pay are exempted from charge. Effective March 1, 1983, hospitals are allowed to charge persons who remain in hospital after medical discharge, $20.00/day for those awaiting nursing home placement. (Note: See Addendum re current charges.)

**Régime d'assurance-hospitalisation**

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et les isotopes radioactifs là où ils existent; l'usage des installations de physiothérapie.

Services de consultation externe: les services de laboratoire et de radiologie, y compris les isotopes radioactifs, les électroencéphalogrammes, les cardiogrammes et les estimations du métabolisme basal, de même que les analyses nécessaires; la radiothérapie et la physiothérapie si ces services sont disponibles; les unités sanitaires et les visites à l'urgence, y compris l'usage des salles d'opération, l'application des plâtres et les médicaments ainsi que le matériel médical et chirurgical offert par l'hôpital.

Services assurés hors de la province (e): les mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

Frais autorisés: la somme de 5 $ par jour pour la salle, jusqu'à un maximum de 15 jours par admission, y compris le transfert à un autre hôpital, auquel cas les frais cumulatifs sont également limités à 75 $. En cas de réadmission pour le même état ou la même maladie dans les 60 jours qui suivent le congé, la somme maximale exigée sera de 75 $. Les patients âgés de 65 ans et plus et ceux qui sont reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant incapables de payer sont exemptés de cette somme. Depuis le 1er mars 1983, les hôpitaux peuvent facturer leurs patients après que ceux-ci ont obtenu leur congé du médecin, 20 $/jour (les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de repos). (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

## PRINCE EDWARD ISLAND

### Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Physician services paid at rates authorized by the host province except that referrals for services available in P.E.I. are paid at P.E.I. rate.

Outside Canada: Paid at P.E.I. rate except that referrals for services not available in Canada are paid at rates established by Commission.

Additional benefits (d): Children's dental care program for those aged 4 to 12 (annual registration fee $4.00 per child, $12.00 maximum per family); no charge out-patient prescription program for persons with diabetes, rheumatic fever, phenylketonuria, and social assistance recipients; mental health clients are charged cost + 20% and cystic fibrosis clients are charged cost + 25%; ambulance subsidization program.

Premium per month: none

### Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room, anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities.

Out-patient: Laboratory, radiological and other diagnostic procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; necessary nursing supplies; use of operating room and anaesthetic facilities, including the necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; use of

## ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services de médecin payés au tarif autorisé par la province d'accueil, sauf que les services recommandés offerts par l'Île-du-Prince-Édouard sont payés au tarif prévu par cette province.

À l'étranger: services payés au tarif prévu par l'Île-du-Prince-Édouard, sauf que les services recommandés non offerts au Canada sont payés au tarif prévu par la Commission.

Services complémentaires assurés (d): programme de soins dentaires destinés aux enfants âgés de 4 à 12 ans, (frais d'inscription annuels de 4 $ par enfant jusqu'à concurrence de 12 $ par famille); programme de médicaments gratuits pour les consultants externes souffrant de diabète, de rhumatisme articulaire aigu, de phénylcétonurie et les assistés sociaux; les personnes recevant des services psychiatriques doivent débourser le coût de ces services + 20% et les personnes souffrant de fibrose kystique doivent débourser le coût de ces services + 25%; programme de financement des services d'ambulance.

Prime mensuelle: aucune

### Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie.

Services de consultation externe: les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs; les médicaments, les produits biologiques et les autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; les fournitures pour soins infirmiers nécessaires;

radiotherapy and physiotherapy facilities. (Note: Exclusions: hospital admission, chest x-rays, syphillis and serology.)

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Commission pays an amount calculated on basis of per diem rate of host province, plus any authorized charges in case of: 1) emergency; 2) person in process of establishing self in another province or leaving Canada; or 3) services not available in Canada. Otherwise, daily rates payable by Commission, determined in accordance with reciprocal billing arrangements made with host province.

Outside Canada: In-patient: 1) emergency - up to $100.00 per day towards cost of hospital room charges (standard ward rates) and 75% of balance of cost of insured services; 2) referral with approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada at a rate for in-patient services at the hospital which includes room and board and all medically necessary hospital services. Effective December 1983: a) referral for services available in P.E.I., paid at Commission rate not to exceed highest per diem hospital rate in P.E.I.; b) referral for services not available in P.E.I. but available elsewhere in Canada, paid at Commission rate not to exceed per diem rate at Victoria General Hospital in Halifax, Nova Scotia. Out-patient: 1) emergency - rate of 75% of approved hospital charges; 2) referral for services not available in Canada, at a rate of 100% of approved hospital charges.

Authorized charges: none

l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie. (Remarque: sont exclus: l'admission à l'hôpital, la radiologie de la poitrine, le syphillis et la sérologie.)

Services assurés hors de la province (e):

Au canada: la Commission paie un montant calculé selon le taux du per diem de la province d'accueil, plus les frais autorisés, pour: 1) les cas d'urgence; 2) les personnes en cours de s'établir dans une autre province, quitter le pays; et 3) où les services ne sont pas offerts au Canada. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens payables par la Commission, conformément à l'accord sur la facturation réciproque avec la province d'accueil.

À l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: 1) pour les cas d'urgence - 100 $ par jour pour le tarif d'une chambre d'hôpital (le tarif de la salle) et 75% des coûts restants des services assurés; 2) pour les patients ailleurs avec l'approbation de la Commission du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate au Canada, au tarif des services dispensés aux malades hospitalisés incluant chambre et pension et tous les autres services hospitaliers médicalement nécessaires. Depuis décembre 1983: a) les services recommandés offerts par l'Île-du-Prince-Édouard sont payés au taux de la Commission et ne doivent pas excéder le per diem le plus élevé de la province; b) les services recommandés non offerts par la province sont payés au taux de la Commission et ne doivent pas excéder le per diem de l'hôpital Victoria General en Nouvelle-Écosse. Services de consultation externe: 1) urgences - 75% des frais hospitaliers approuvés; 2) services recommandés non offerts au Canada - 100% des frais hospitaliers approuvés.

Frais autorisés: aucuns

## NOVA SCOTIA

### Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services not available in Nova Scotia paid at rate of host province.

Outside Canada: Elective services at Nova Scotia rate; referrals and accidents or emergencies at Nova Scotia rate plus 75% of difference.

Additional benefits (d): Assistance in the acquisition, replacement and repair of standard leg and arm prostheses; children's dental plan for those born on or after January 1, 1967 and who have not attained their sixteenth birthday; cleft lip/cleft palate plan with an age restriction of 23; cystic fibrosis drugs; dental services for certain persons (adults and children) suffering from severe mental retardation, when hospitalization is required; diabetes insipidus drugs; optometric benefits; Pharmacare plan for residents 65 years and over includes drugs, diabetic and ostomy supplies; therapeutic drugs for cancer patients provides partial coverage for those with limited incomes; ambulance subsidy program.

Premium per month: none

### Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, x-ray and diagnostic procedures; drugs, biological and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; radiotherapy services; physiotherapy services and blood or therapeutic blood fractionation.

## NOUVELLE-ÉCOSSE

### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: les services non offerts en Nouvelle-Écosse sont payés au tarif de la province d'acceuil.

À l'étranger: les services facultatifs sont payés au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse; les services dispensés aux personnes adressées à l'étranger ou traitées à la suite d'un accident ou d'une urgence sont payés au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse plus 75% du solde des frais.

Services complémentaires assurés (d): programme d'aide pour l'achat, le remplacement et la réparation de membres artificiels; régime d'assurance dentaire pour enfants nés le 1er janvier 1967 ou après cette date et qui n'ont pas atteint l'âge de 16 ans; régime relatif aux fissures labiales et aux fentes palatines (restreint aux personnes âgées de 23 ans ou moins); programme de médicaments pour les personnes atteintes de fibrose kystique; soins dentaire fournis à certaines personnes (adultes et enfants) atteintes d'arriération mentale grave, lorsque l'hospitalisation est requise; programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide; services d'optométrie. Le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) pour les résidents de 65 ans et plus couvre les médicaments, les fournitures pour les diabétiques et les stomisés; et le régime de médicaments pour les personnes atteintes de cancer couvre une partie des frais lorsque le revenu est limité; programme de subside des services d'ambulance.

Prime mensuelle: aucune

### Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiographie ou autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie; les transfusions et le fractionnement du sang à des fins thérapeutiques.

Out-patient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electroencephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, haemo-dialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, intravenous chemotherapy as well as specified hospital services when required for emergency diagnosis and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital, medical and surgical procedures.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Payment for in-patient services is at the standard ward rate and in accordance with the interprovincial reciprocal billing agreement. Out-patient coverage based on inter-provincial rates in accordance with reciprocal billing agreement. No prior approval is required since the reciprocal billing system came into effect.

Outside Canada: Up to $100.00 per day plus 75% of the remainder. Payment is limited to the cost of ward accommodation or, where no ward accommodation exists, to the lowest semi-private rate available. Out-patient services covered at inter-provincial out-patient rate plus 75% of balance, when medically necessary services provided in emergency cases. Reimbursement will be at the prevailing rate for the service in Nova Scotia for non-emergency cases.

Authorized charges: none

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, et requis du point de vue médical y compris: les tests de laboratoire et les examens électro-encéphalographiques et radiologiques; la radiothérapie pour les affections malignes et bénignes, les électrocardiogrammes, les installations de physiothérapie, s'il y en a; divers médicaments, les services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, l'hémo-dialyse, les procédés diagnostiques au moyen des ultrasons et l'analyse des résultats, les électrocardiogrammes et l'analyse des résultats, la chimiothérapie intraveineuse, ainsi que les services hospitaliers approuvés lorsque nécessaires pour le diagnostic et le traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident et les services hospitaliers approuvés nécessaires à diverses interventions chirurgicales ou médicales.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: Le paiement relatif aux services dispensés aux malades hospitalisés est déboursé au tarif de la salle et conformément à l'accord conclu entre les provinces sur la facturation réciproque. Les services externes assurés sont fondés sur le tarif entre les provinces conformément à l'accord sur la facturation réciproque. L'approbation préalable n'est plus nécessaire depuis que cet accord est en vigueur.

À l'étranger: le tarif de la salle jusqu'à concurrence de 100 $ par jour, plus 75% des frais restants. Le paiement est limité au coût de la salle ou, s'il n'existe pas de salle, au tarif de chambre à deux lits, le plus bas possible. Les frais des services externes sont assurés au tarif des services externes entre les provinces, plus 75% des frais restants quand les services médicalement nécessaires sont pourvus dans des cas urgents. Pour les cas non urgents, le remboursement correspondra au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse pour le même service.

Frais autorisés: aucuns

## NEW BRUNSWICK

**Medical Care Insurance**

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services defined by the Medical Director as not available in New Brunswick paid at rate of host province. Other services paid at New Brunswick rate. Services of pathologists and radiologists not available in province paid at 90% of charges. Those available in New Brunswick paid at 80%.

Outside Canada: Services defined by the Medical Director as not available paid at Ontario or Quebec plan rate. Other services paid at New Brunswick rate. Pathologist and radiologist services not available in province paid at 70%; those available paid at 60%.

Additional benefits (d): Vision program covers one refraction per year for children 18 or under; health services pharmaceutical program for those in financial need ($2.00/prescription if 18 and over, and $1.00/prescription for those 17 and under); prescription drug program for residents 65 and over ($3.00/prescription up to yearly maximum of $30.00). Effective January 1, 1984, a Seniors' health benefits program was introduced. The program is for persons 65 and over who are full-time residents of the province, registered with Medicare, receiving both Old Age Security and Guaranteed Income Supplement. Those not in receipt of G.I.S. who wish to receive benefits, must pay a yearly premium of $39.96. Benefits include: self-administered injection supplies; diabetic testing supplies, ostomy supplies; specified eye care services, hearing aids, foot and chiropractic services. (Prosthetic and orthotic services were included April 1, 1984.) Limits on services. The rehabilitative equipment program is also for persons 65 and over, who are full-time residents of the province, and registered with Medicare. A written referral by a N.B. physician, public health nurse, physiotherapist, occupational therapist or Extramural Hospital, is also required in order to receive such items as canes, crutches, wheelchairs, etc., on a loan basis.

## NOUVEAU-BRUNSWICK

**Régime de soins médicaux**

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services définis par le directeur des services médicaux non offerts au Nouveau-Brunswick payés au tarif prévu par la province d'accueil. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 90%; services offerts dans la province payés à 80%.

À l'étranger: services définis par le directeur des services médicaux non offerts payés au tarif des régimes de l'Ontario et du Québec. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 70%; services offerts dans la province payés à 60%.

Services complémentaires assurés (d): programme de soins optométriques couvre une réfraction de la vue par année pour les enfants de 18 ans ou moins; programme de médicaments sur ordonnance des services de santé pour les bénéficiaires d'aide sociale (2 $ par ordonnance pour les adultes de 18 ans et plus et 1 $ par ordonnance pour les enfants de 17 ans ou moins); plan de médicaments sur ordonnance pour les personnes de 65 ans et plus (3 $ par ordonnance jusqu'à concurrence de 30 $ par année civile). Le 1er janvier 1984, la province introduisait un programme d'allocations-santé pour les personnes âgées. Le programme s'applique aux personnes de 65 ans et plus qui habitent dans la province, qui sont inscrites au programme d'assurance-maladie et qui reçoivent les Allocations de la sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti. Les personnes qui ne reçoivent pas le Supplément de revenu garanti mais désirent recevoir les bénéfices doivent payer une prime annuelle de 39,96 $. Les bénéfices comprennent: matériel d'injection pour les personnes qui doivent s'administrer elles-mêmes des médicaments; matériel pour diabétiques; matériel pour ostomies; soins de la vue; appareils auditifs; soins des pieds et services de chiropraxie. (Depuis le 1er avril 1984, le programme couvre le coût des services de prothèses et d'orthèses.) Limite de services. Le programme d'équipement de réadaptation s'applique aussi aux personnes de 65 ans et plus, qui habitent dans la province et sont inscrites au Programme d'assurance-maladie. Il est aussi nécessaire d'obtenir une attestation écrite d'un médecin de Nouveau-Brunswick, infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute ou de l'hôpital Extra-Mural pour avoir droit aux articles prêtés tels que les cannes, les béquilles, les fauteuils roulants, etc.

Premium per month: none

**Hospital Insurance**

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward, accommodation and meals; necessary nursing services; drugs; use of operating room, delivery room and anaesthetic facilities; laboratory, radiological (x-ray) and other diagnostic services; use of radiotherapy and physiotherapy facilities.

Out-patient: Laboratory and diagnostic radiological procedures and all approved available services when prescribed by a physician in an approved hospital.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: coverage at standard ward rate, for all hospital services medically necessary for the care and treatment of any disease, illness, or disability that requires admission to an approved hospital as an in-patient. Out-patient: total amount charged for entitled services at rates established by the provincial authority in the jurisdiction in which the services were received. (Exclusions: out-patient visits solely for administration of medicines or for physician services.)

Outside Canada: In-patient coverage: Services not available in New Brunswick paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three major Canadian hospitals selected by the Medical Director. Other services paid at an all-inclusive rate specified by province. Maximum of $304.00 per day. Newborns maximum of 1/5 above. These rates are calculated on July 1 of each year. Out-patient coverage: paid at New Brunswick rate or the amount charged whichever is less.

Authorized charges: Effective July 4, 1983, province re-introduced authorized charges for general out-patient services at $6.00/visit ($3.00 for social aid recipients, yearly maximums). Out-patient respiratory therapy $3.00/day's visit. Exemptions: persons 65 years and over, and persons in receipt of services outside of the province. (Note: See Addendum re current charges.)

Prime mensuelle: aucune

**Régime d'assurance-hospitalisation**

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les médicaments; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie.

Services de consultation externe: les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques et tous les services disponibles approuvés sur ordonnance d'un médecin dans un hôpital approuvé.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: la protection au tarif de la salle pour tous les services médicalement nécessaires pour les soins et le traitement de toutes maladies ou invalidités qui exigent une admission dans un hôpital agréé. Services de consultation externe: la totalité des frais des services assurés au tarif établi par l'autorité provinciale dans le secteur de compétence dans lequel les services ont été reçus. (Sont exclus: les visites de consultation externe uniquement pour l'administration des médicaments et pour les services de médecin.)

À l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: services non offerts au Nouveau-Brunswick payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois principaux hôpitaux canadiens choisis par le directeur médical. Les autres services payés entièrement à un tarif quotidien global fixé par la province et ne dépassant pas 304 $ par jour. Les soins aux nouveau-nés ne doivent pas dépasser 1/5 de la somme mentionnée ci-dessus. Ces tarifs sont calculés le 1er juillet de chaque année. Services dispensés aux malades externes: services payés au tarif du Nouveau-Brunswick ou le montant facturé, en prenant le moins élevé de ces montants.

Frais autorisés: depuis le 4 juillet 1983, la province a réintroduit des frais autorisés pour les services de consultation externe à 6 $ la visite (3 $ pour les bénéficiaires d'aide sociale, maximum annuel). Thérapie respiratoire aux malades externes, 3 $ la visite par jour. Les personnes exemptées: celles de 65 ans et plus et celles qui reçoivent des services hors de la province. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

## QUEBEC

### Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All services rendered by physicians that are medically necessary and the services of oral surgery determined by regulation and required by dentistry and rendered by a dentist in a university establishment determined by regulation or in a hospital centre by a dentist authorized to render such services in that centre, and the services determined by regulation and required by optometry and rendered by optometrists.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services paid at Quebec rates, or at the lesser amount, upon presentation of a fee statement for services rendered.

Outside Canada: All insured services covered by the Régie received in or outside a hospital reimbursed according to the tariff currently in force in Quebec, or at the lesser amount, upon presentation of a fee statement for services rendered.

Full cost of hospitalization reimbursed by the Régie, as well as a partial payment towards the cost of specialized treatments which are not available in Quebec. These reimbursements are subject to prior authorization by the Régie upon the written request signed by two physicians alleging that the required services are not available in Quebec. Such a request must be accompanied with a summary of the case history as well as a descriptive summary of the specialized services required.

Additional benefits (d): The Régie de l'assurance-maladie du Québec administers the following programs: program for appliances supplied to persons with permanent colostomy, ileostomy or urostomy; exterior breast prostheses assistance program following mastectomy; dental services for children under the age of 16; dental services, including dentures, for social aid recipients who have been social aid recipients for at least six months (or in urgent special circumstances) and their dependants; drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures, for persons aged 65 years and over, for persons aged 60 to 64 inclusive who receive a spouse's allowance under the Old Age Security Act and who, without this benefit, would qualify for welfare assistance; hearing aids program for all persons 35 years of age and under and social aid recipients (persons 35 or over who already use an aid paid for by the Régie are also now included); ocular prostheses (artificial eyes) program for a beneficiary who has undergone an enucleation, an evisceration, or a permanent

## QUÉBEC

### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et les services de chirurgie buccale déterminés par règlement, requis au point de vue dentaire et rendus par un chirurgien-dentiste dans un établissement universitaire déterminé par un règlement ou dans un centre hospitalier où il est autorisé à les rendre et les services optométriques déterminés par règlement requis au point de vue optométrique et rendus par les optométristes.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés payés au tarif prévu par le Québec, ou le moindre montant, sur présentation d'un relevé d'honoraires mentionnant les services rendus.

À l'étranger: tous les services professionnels couverts par le régime d'assurance-maladie et fournis à l'hôpital ou à l'extérieur de l'hôpital sont remboursés au tarif en vigueur au Québec ou selon les honoraires effectivement payés si ces derniers sont moindres que ceux qui auraient été remboursés au Québec.

La Régie assume la totalité des frais d'hospitalisation et une partie des frais professionnels reliés aux soins médicaux spécialisés qui ne se donnent pas au Québec. Ces frais sont assumés sous réserve de l'approbation préalable de la Régie sur demande écrite accompagnée d'un résumé du dossier médical, d'une description sommaire des soins spécialisés requis. La demande doit être signée par deux médecins du Québec attestant que les services requis ne sont pas dispensés au Québec.

Services complémentaires assurés (d): la Régie de l'assurance-maladie du Québec administre les programmes suivants: le programme d'appareils fournis aux stomisés permanents ayant subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente; le programme d'aide pour prothèses mammaires externes après mastectomie; les services dentaires pour les enfants de moins de 16 ans; les services dentaires et les prothèses dentaires fournies aux bénéficiaires de l'aide sociale depuis au moins six mois (sauf dans certains cas d'urgence), ainsi qu'aux personnes à leur charge ; les médicaments et les services professionnels connexes fournis aux bénéficiaires de l'aide sociale pour les personnes de 65 ans ou plus, et pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale; le programme d'aide pour les handicapés auditifs de 35 ans et moins et les bénéficiaires d'aide sociale (tous les résidents du Québec de plus de 35 ans, qui possèdent déjà un appareil payé par la Régie peuvent de nouveau bénéficier du programme); le

conjunctival closure; prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation; visual aid program for residents 35 years and under (all beneficiaries over 35 to whom the Régie already lends a visual aid continue to be covered by the program). Effective September 8, 1984, any visually handicapped who is employed or enrolled in a course of study is eligible for the program, regardless of age; laryngectomy related appliances and services supplied out of two designated establishments.

Additional services offered to the Quebec population under special programs of the Department of Health and Social Services include: the transportation of sick persons according to specified criteria; certain special medications at a reduced price ($2.00 per medication for a period of 28 days), for ambulatory patients who suffer from cancer, mental disorders, cystic fibrosis, tuberculosis, primary hyperlipoproteinemia, diabetes insipidus or psychiatric illness; medications not included on the List of Medications and supplied to patients, in special circumstances, suffering from a serious or chronic illness; free ambulance services for persons 65 years of age and older.

Premiums per month: none (i)

**Hospital Insurance**

Standard benefits (e):

In-patient: Lodging and meals; necessary services; operating rooms; medications; prostheses and ortheses; biological products; radiotherapy and physiotherapy services.

Out-patient: Clinical services of psychiatric care, electro-shock therapy, insulin therapy, and behavioural therapy; emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy, ergotherapy, audiology, speech therapy and inhalation therapy services; orthoptic services; services or examinations necessary for a resident to obtain employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Act.

programme de prothèses oculaires (yeux artificiels), fournis aux résidents du Québec, ayant subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent; les prothèses, les appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement; le programme d'aide pour les handicapés visuels de 35 ans et moins (les bénéficiaires de plus de 35 ans qui possèdent une aide visuelle prêtée par la Régie continuent d'être couverts par le programme). Depuis le 8 septembre 1984, un handicapé visuel qui exerce un emploi ou poursuit des études a droit aux prestations quel que soit son âge; le programme d'aide aux laryngectomisés par le biais de deux établissements désignés.

Les programmes complémentaires dont peut bénéficier la population du Québec dans le cadre des programmes spéciaux du ministère de la Santé et des Services sociaux comprennent: le transport des personnes malades conformément à certains critères particuliers; certains médicaments spéciaux à prix réduit (2 $ par médicament par période de 28 jours) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, troubles mentaux, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéinémie primaire, de diabète insipide ou de maladie psychiatrique; les médicaments non inscrits sur la liste des médicaments et fournis aux patients d'exception atteints de maladies graves ou chroniques; des services ambulanciers gratuits pour les personnes de 65 ans et plus.

Prime mensuelle: aucune (i)

**Régime d'assurance-hospitalisation**

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: le séjour en salle, ainsi que les repas; les soins infirmiers nécessaires; la salle d'opération; les médicaments pharmaceutiques; les prothèses et orthèses; les produits biologiques; les services de radiothérapie et de physiothérapie.

Services de consultation externe: les services en clinique psychiatrique, les traitements par électrochoc, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement. Les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, la radiothérapie, les services diagnostiques, les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie, de la parole, d'inhalothérapie et les services d'orthoptique. Les services ou les examens auxquels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont requis par un employeur à la condition qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la loi des décrets de la convention collective.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Approved standard ward rate of host province. Out-patient/Emergency Department: Insured services at inter-provincial effective rate for these services.

Outside Canada: The cost of hospital services provided outside Canada are reimbursed by the Régie de l'assurance-maladie du Québec only in emergencies or sudden illness. Up to $700.00 is reimbursed in full and 50% of any amount in excess of that sum. Certain beneficiaries (students in recognized institutions, those receiving full-time training in a university or other specified institution, Quebec government employees, and those employed in an approved non-profit organization) residing temporarily outside Canada, are reimbursed 100% cost of emergency hospital and 75% of non-emergency hospital services. Exclusions: spas, nursing homes or other similar establishments.

Authorized charges: Effective January 1, 1984, the payments authorized are $14.63 per day for chronic care in extended care hospitals or in extended care units in short-term care hospitals. Children under the age of 18 are exempt. Low income individuals may benefit from total or partial exemption depending on their family and financial situation. (Note: See Addendum re current charges.)

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé de la salle par la province d'acceuil. Services de consultation externe et les services hospitaliers fournis en salle d'urgence: les services assurés, au taux interprovincial en vigueur pour ces services.

À l'étranger: la Régie de l'assurance-maladie du Québec rembourse les services hospitaliers reçus à l'étranger uniquement dans les cas d'urgence ou à la suite d'une maladie subite. La Régie paie le coût des services hospitaliers jusqu'à concurrence de 700 $ plus 50% des frais excédant ce montant. Cependant, pour certains bénéficiaires (les étudiants, les fonctionnaires du gouvernement du Québec, etc.) qui résident temporairement à l'étranger, les services reçus dans un centre hospitalier à la suite d'une maladie subite ou d'une situation d'urgence sont remboursables à 100%, sur production d'une demande détaillée; dans les autres cas, les services sont remboursés à 75%. Sont exclus: les stations thermales, les maisons de repos ou autres refuges analogues.

Frais autorisés: depuis le 1er janvier 1984, les frais autorisés sont de 14,63 $ par jour pour les malades chroniques hospitalisés dans les hôpitaux de soins prolongés ou dans des unités de soins prolongés d'hôpitaux de courte durée. Les enfants de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle, selon leur situation. (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

**Medical Care Insurance**

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard and additional benefits, except take home drugs, paid at Ontario rates.

Outside Canada: Emergency and elective care paid at Ontario rate. If satisfactory evidence is provided and approved in advance that treatment is not available in Ontario, paid at usual and customary fee where rendered.

Additional benefits (d): The Ontario Health Insurance Plan administers the following programs: chiropody; chiropractic; optometry (diagnostic); osteopathy; out-of-hospital physiotherapy (limited to approved facilities). (Note: Annual maximum dollar limits on chiropractic, chiropodist and osteopathic services.) The Ministry of Health administers the following programs: assistive devices program (pays up to 75% of the cost for persons 18 years and under); the Ontario Drug Benefit Plan which provides free drugs to persons 65 years and over and persons on family benefits or general welfare assistance. Ambulance service (land and air) when medically required subject to a co-payment charge of $21.00 per trip (currently $22.00). Home care program and nursing home benefits.

Premiums per month (f):

Single - $28.35 (g). Family of two or more - $56.70 (g). These rates were effective from September 1, 1983 to July 31, 1984. (Note: See Addendum re current charges.)

**Hospital Insurance**

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, obstetrical delivery room,



**Régime de soins médicaux**

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés, ordinaires et supplémentaires (sauf les médicaments pris à la maison) payés au tarif prévu par l'Ontario.

À l'étranger: les soins urgents ou facultatifs sont payés au tarif prévu par l'Ontario. Les services non offerts en Ontario sont payés au tarif régulier et habituel en vigueur là où ils sont dispensés pourvu que la preuve ait été faite qu'ils n'existent pas dans la province et qu'ils aient été approuvés à l'avance.

Services complémentaires assurés (d): le régime d'assurance-santé de l'Ontario administre les programmes suivants: la chiropodie, la chiropraxie, les services de diagnostic en optométrie; l'ostéopathie; les services de physiothérapie à l'extérieur de l'hôpital (seulement dans les établissements autorisés). (Remarque: les services de chiropodie, de chiropraxie et d'ostéopathie sont assurés jusqu'à concurrence d'un montant maximal annuel.) Le ministère de la Santé administre les programmes suivants: le programme d'aide pour l'achat d'appareils orthopédiques couvre environ 75% du coût pour les enfants de 18 ans ou moins; et le programme d'assurance-médicaments gratuits à l'intention des personnes du troisième âge, des bénéficiaires des programmes de l'aide sociale générale ou des prestations familiales. Les services ambulanciers (aériens et terrestres) nécessaires au point de vue médical, sous réserve d'un copaiement de 21 $ par voyage (présentement 22 $). Programme de soins à domicile et en maisons de repos.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 28,35 $ (g). Famille de deux personnes ou plus - 56,70 $ (g). Ces taux sont en vigueur pour la période s'étendant du 1er septembre 1983 au 31 juillet 1984. (Remarque: voir l'annexe sur les frais actuellement en vigueur.)

**Régime d'assurance-hospitalisation**

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; les médicaments, les produits

and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies.

Out-patient: Broad range of essential services, including laboratory, radiological, and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; the use of diet counselling; use of operating room and anaesthetic facilities; surgical supplies; necessary nursing services. Where available from a hospital and prescribed by a physician, the use of radiotherapy, occupational therapy facilities, the provision of equipment, supplies and medications for use in the home by haemophiliac patients for emergency treatment or the prevention of haemorrhage, and home dialysis and home hyperalimentation equipment supplied through the hospital.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Full standard ward rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. For generally accepted surgical procedures not available in Ontario, the patient must: a) be referred by an Ontario physician; and b) have prior Plan approval. The Plan will attempt to inform the patient of the amount he will pay for the surgery. Home renal dialysis when arranged through a hospital. Physiotherapy services provided through a hospital. For medically required ambulance services with supporting documentation, 75% of costs.

Outside Canada: For approved treatment deemed unavailable in Ontario, 100% of hospital charges for insured in-patient or out-patient with prior approval from Plan. Elective hospital care is paid at 75% of the standard ward charges for insured services. Renal dialysis in approved health facilities. Treatment of acute mental illness or mental illness where the General Manager is of the opinion that suitable facilities are not available in Ontario, 75% of calculated standard ward rate for 60 days, with approved extensions. For medically required ambulance services with supporting documentation, 75% of cost.

Authorized charges: Effective February 1, 1984, chronic care charge of $15.86 per day ($482.40 per month) after 60 days hospitalization with exemptions up to 360 days for rehabilitation of convalescent patients upon medical certification; also, partial or complete exemptions, if limited family incume. (Note: Rate

biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels, y compris les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; des services de consultation en matière d'alimentation; l'usage des salles d'opération et des salles d'accouchement; les fournitures chirurgicales; les services infirmiers nécessaires. L'usage des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, l'équipement, le matériel et les médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, et fournitures pour la dialyse à domicile et la suralimentation à domicile lorsqu'un hôpital peut les fournir et lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: plein tarif de la salle prévu par les autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. Dans le cas des interventions chirurgicales généralement admises mais non offertes en Ontario, le patient doit: a) être adressé par un médecin de l'Ontario; et b) obtenir au préalable l'autorisation du Régime. Le Régime tentera d'indiquer au patient la somme qu'il devra payer pour la chirurgie. Au Canada, la dialyse rénale à domicile, lorsque les dispositions sont prises par l'intermédiaire d'un hôpital. Les services de physiothérapie dispensés par l'intermédiaire d'un hôpital. Pour les services d'ambulance justifiés sur le plan médical, 75% des frais.

À l'étranger: pour un traitement approuvé et jugé indisponible en Ontario, 100% des frais d'hôpitaux aux malades hospitalisés ou aux malades externes avec l'approbation préalable de la Commission. Les soins d'hôpitaux non urgents sont payés à 75% du tarif de la salle pour les services assurés; dialyse rénale dans les établissements de santé autorisés. Le traitement d'une maladie mentale aiguë ou d'une maladie mentale pour laquelle, de l'avis du directeur général, des installations appropriées ne sont pas disponibles en Ontario, 75% du tarif de la salle calculé pour 60 jours, en plus des prolongations autorisées. Pour les services d'ambulance justifiés sur le plan médical, 75% des frais.

Frais autorisés: à compter du 1er février 1984, pour les malades chroniques, des frais de 15,86 $ par jour (482,40 $ par mois) après 60 jours d'hospitalisation, avec exemptions d'une durée maximale de 360 jours pour la réadaptation des convalescents, sur présentation d'un certificat médical, et exemptions partielles ou

increases quarterly in line with Consumer Price Index. See Addendum for details and current charges.)

complètes suivant le revenu familial. (Remarque: le tarif augmente tous les trimestres conformément à l'Indice des prix à la consommation. Voir l'annexe pour obtenir plus de détails et connaître le tarif actuel.)

## MANITOBA

**Medical Care Insurance**

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard benefits paid at Manitoba rates. (Effective July 1984: payment for insured medical services is at the rate which is approved by the health care insurance plan of the province where the services are provided.)

Outside Canada: Paid at Manitoba rate in cases of accident or sudden illness. Also applies during a three-month period following a permanent move, or temporary absence due to employment, or education (see note). Where not provided for above reasons, may reimburse up to amount otherwise payable. For services not available in Canada, paid at Manitoba rate or fair and reasonable amount. (Note: may pay greater amounts that are fair and reasonable based on financial circumstances of insured person.)

Additional benefits (d): Artificial eyes program; breast prostheses and surgical brassieres following mastectomy (dollar limits); certain chiropractic services (dollar limits); contact lens following congenital cataract surgery; eyeglasses program provides assistance in the purchase of eyeglasses and where medically required, contact lenses, for persons 65 years of age and over; certain optometric services; prescription drugs partially covered (Note: See Addendum re current changes); prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by a doctor; assistance in the purchase of telecommunication devices for the profoundly deaf; northern patient transportation program provides for the cost of transportation to obtain medical or hospital health care services.

Children's programs for those under 18 years: cleft lip/cleft palate treatment and rehabilitation program; hearing aids and

## MANITOBA

**Régime de soins médicaux**

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés payés au tarif prévu par le Manitoba. (À compter de juillet 1984 le paiement des services médicaux assurés est au tarif approuvé par le régime d'assurance-santé de la province dans lequel les services sont fournis.)

À l'étranger: payés au tarif prévu par le Manitoba s'ils sont nécessaires en raison d'un accident ou d'une maladie soudaine. Cette ligne directrice s'applique également pendant les trois mois qui suivent un départ permanent ou au cours d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études (voir la remarque). Pour toute autre raison, les soins peuvent être remboursés jusqu'à concurrence du montant qui serait payé dans la province. Pour les services non offerts au Canada, payés au tarif en vigueur au Manitoba ou selon un tarif juste et raisonnable. (Remarque: les montants payés peuvent être supérieurs aux montants considérés comme justes et raisonnables si la situation financière de l'assuré l'exige.)

Services complémentaires assurés (d): les yeux artificiels; les prothèses mammaires et soutiens-gorge spéciaux après la mastectomie (limite de dollars); certains services de chiropraxie (limite de dollars); les lentilles cornéennes requises après une intervention chirurgicale pour une cataracte congénitale; programme de lunettes pourvoit l'aide financière pour l'achat de lunettes et, lorsque c'est justifié sur le plan médical, de lentilles cornéennes, pour les personnes de 65 ans et plus; certains services d'optométrie; les médicaments prescrits sont couverts en partie (Remarque: voir l'annexe sur les changements en vigueur); les prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin; aide pour l'achat d'appareils de télécommunication pour les personnes atteintes de surdité profonde; le programme de transport à l'intention des malades qui résident dans le nord de la province, prend en charge les frais de transport pour recevoir des soins médicaux ou des soins en milieu hospitalier en raison de problèmes de santé.

Programmes pour les enfants de moins de 18 ans: programme de traitement et de réadaptation en cas de fissure palatine ou labiale; programme

orthopedic shoes; dental program for children aged 6 to 14, living in certain designated areas.

Premium per month: none

**Hospital Insurance**

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals, and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; and use of radiotherapy, physiotherapy, occupational therapy and speech therapy facilities, where available.

Out-patient: Laboratory, radiological and other diagnostic procedures; use of operating room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; use of an emergency or examination room; necessary nursing services; routine medical and surgical supplies; drugs, biologicals and related preparations; physiotherapy, occupational therapy and speech therapy are covered when provided in hospitals designated by the Commission.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Rate approved by provincial plan of host province in accordance with the inter-provincial agreement. Out-patient: Provided in accordance with the inter-provincial agreement.

Outside Canada: In-patient: The greater of 75% of hospital charges for insured services, or a per diem allowance approved by the Commission if: 1) emergency; 2) adequate care not available in Manitoba; 3) during three months following permanent move; 4) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital charges or a per diem allowance for elective cases. (Effective July 1, 1984, payment for hospital services for elective cases is subject to approval by Commission.) Out-patient: Covered up to $37.00 (currently $43.00) per visit or 75%, whichever is greater, but no more than the hospital charges.

d'aide aux handicapés auditifs et chaussures orthopédiques; programme de soins dentaires à l'intention des enfants âgés de 6 à 14 ans, vivant dans certaines régions désignées.

Prime mensuelle: aucune

**Régime d'assurance-hospitalisation**

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire. de radiologie ou autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie là où elles existent.

Services de consultation externe: les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques; l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; l'usage des salles d'urgence et des salles d'examen; les services infirmiers nécessaires; les fournitures médicales et chirurgicales courantes; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes. La physiothérapie, l'ergothérapie, et l'orthophonie sont couverts quand ils sont offerts dans un hôpital désigné par la Commission.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tarif approuvé par le régime de la province d'accueil conformément à l'accord conclu entre les provinces. Services de consultation externe: dispensés conformément à l'accord conclu entre les provinces.

À l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: la plus élevée de ces sommes: 75% des frais pour les prestations des services hospitaliers pour des services assurés ou une allocation quotidienne approuvée par la Commission dans les cas: 1) d'urgence, 2) où les soins requis ne sont pas disponibles au Manitoba, 3) où les soins sont dispensés dans les trois mois suivant le départ permanent, 4) d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études. La moins élevée de ces deux sommes: 75% des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation facultatifs (Depuis le 1er juillet 1984, le paiement pour les services hospitaliers facultatifs est sujet à l'approbation de la Commission.) Services de consultation externe: payés jusqu'à concurrence de 37 $ (présentement 43 $) par visite, ou de 75% de la facture, le plus élevé des deux montants étant retenu, mais pas plus que les frais d'hôpitaux.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program. Daily charges for those awaiting placement in personal care homes increased to $12.35 February 1, 1983; $12,55 May 1, 1983; $12.70 August 1, 1983; $12.85 November 1, 1983; and $13.00 February 1, 1984. (Note: See Addendum re current charges.)

Frais autorisés: aucuns frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation. Les frais quotidiens pour les personnes qui attendent d'être placées dans des foyers de soins personnalisés ont été portés à 12,35 $ le 1er février 1983; à 12,55 $ le 1er mai 1983; à 12,70 $ le 1er août 1983; à 12,85 $ le 1er novembre 1983; et à 13,00 $ le 1er février 1984. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

**Medical Care Insurance**

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services not available in Saskatchewan paid at the rate approved by the provincial plan where the services are obtained. Services available in Saskatchewan paid at Saskatchewan rate.

Outside Canada: Services available in Canada, but obtained outside Canada are paid at the prevailing Saskatchewan rate for a similar service. Services not available in Canada are paid at a fair and reasonable fee charged where the service is obtained.

Additional benefits (d): Cleft palate referred services by a dentist; chiropractic; optometry (limited to one eye examination to determine refractive error in any 12-month period); oral surgery by a dentist.

With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include: aids to independent living (medical equipment and supplies provided on free-loan basis to handicapped residents, drugs supplied for certain diseases, e.g. cystic fibrosis, telephone equipment supplied to special needs residents, partial payment of ostomy supplies); dental plan for children born 1967-1978 inclusive; subsidized hearing aid plan; prescription drug plan; chiropody program; subsidized air ambulance service, administered by the Department of Health, transports patients in medical emergencies from small towns to urban centres. Private practice physiotherapy and osteopathy (facilities under contract with Minister of Health).

Premium per month: none

**Hospital Insurance**

Standard benefits (e):

In-patient: Public ward accommodation; all necessary hospital and nursing services; laboratory, radiological and diagnostic procedures; approved drugs administered in hospital; use of



**Régime de soins médicaux**

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: les services non offerts en Saskatchewan sont payés au tarif du régime provincial là où les services ont été obtenus. Les services offerts en Saskatchewan sont payés au tarif prévu par cette province.

À l'étranger: les services disponibles au Canada, mais obtenus à l'étranger, sont payés au tarif prévu par la Saskatchewan pour un service semblable. Les services non offerts au Canada, sont payés à un tarif juste et raisonnable, là où ils ont été fournis.

Services complémentaires assurés (d): soins dentaires pour les personnes porteuses d'une fissure palatine lorsque le cas est adressé par un dentiste; chiropraxie; optométrie (limité à un examen de la vue par période de 12 mois, visant à déterminer les vices de réfractions); services de chirurgie buccale dispensés par un dentiste.

Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes de santé valides sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ces services comprennent des aides visant à promouvoir l'autonomie (fournitures et équipement médicaux prêtés gratuitement aux résidents handicapés, médicaments fournis pour certaines maladies, par exemple la fibrose kystique, matériel téléphonique fourni aux résidents présentant des besoins spéciaux, paiement partiel des fournitures pour stomisés); régime de soins dentaires pour enfants nés entre 1967 et 1978 inclusivement; régime de subventions pour prothèses auditives; régime de médicaments prescrits; chiropodie; un service d'ambulance aérienne subventionné, administré par le ministère de la Santé, transporte les malades des petites localités vers les centres urbains dans les cas d'urgence médicale. Services de physiothérapie et d'ostéopathie en cabinet privé dans les établissements ayant signé un contrat avec le ministère de la Santé.

Prime mensuelle: aucune

**Régime d'assurance-hospitalisation**

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle commune; tous les services hospitaliers et infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie et

operating room, case room, anaesthetic, radiotherapy and physiotherapy facilities; and treatment of tubercular patients.

Out-patient: Services medically required including x-ray and laboratory procedures, physiotherapy and occupational therapy services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. Out-patient: Total amount charged.

Outside Canada: In-patient: Standard ward, less exchange on U.S. currency, up to a rate equal to the average daily rate for the Regina and Saskatoon hospitals in the preceding fiscal year. Referral with approval for treatment unavailable in Canada: All fair and reasonable hospital charges including exchange on U.S. currency for insured hospital services received. Out-patient: Total amount charged, less exchange on U.S. currency, provided services are a benefit in Saskatchewan.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program. However, since July 1981, long-term care services are no longer an insured benefit under the plan and require a patient to pay a monthly charge. As of February 1, 1984, this monthly charge is $453.00. (Note: See Addendum re current charges.)

autres actes de diagnostic; les produits pharmaceutiques approuvés et administrés à l'hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, de radiothérapie et de physiothérapie; et le traitement aux malades tuberculeux.

Services de consultation externe: tous les services requis du point de vue médical comprenant les actes de radiologie et de laboratoire et les services de physiothérapie et d'ergothérapie.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif de la salle, moins les frais modérateurs le cas échéant. Services de consultation externe: la totalité des frais facturés.

À l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: salle, moins le taux de change du dollar américain, jusqu'au tarif égal à la moyenne du tarif quotidien pour les hôpitaux de Regina et de Saskatoon au cours de l'année financière précédente. Les patients dirigés ailleurs avec approbation pour des traitements non offerts au Canada: tous les frais raisonnables, incluant le taux de change du dollar américain pour les services hospitaliers assurés obtenus. Services de consultation externe: la totalité des frais, moins le taux de change du dollar américain, à la condition que les services en question soient assurés en Saskatchewan.

Frais autorisés: aucuns frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation. Toutefois depuis le 1er juillet 1981, les services de soins prolongés ne sont plus assurés en vertu du régime. Les patients doivent payer 453 $ par mois à compter du 1er février 1984. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

**Medical Care Insurance**

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c): Standard benefits within and outside country paid up to Alberta rate.

Additional benefits (d): Through the Alberta Health Care Insurance Plan: chiropractic services; dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations; optometric services; physiotherapy services; podiatric services. Benefit ceilings on chiropractic, optometric, physiotherapy and podiatric services. An optional health services contract is available through the Alberta Health Care Insurance Plan which provides Alberta Blue Cross non-group membership at reduced rates to residents who are unable to obtain group Blue Cross coverage through an employer. Residents aged 65 or older, widows/ widowers aged 55 to 64 who are in receipt of the Alberta Widows Pension which is administered by the Department of Social Services and Community Health, and their dependants are in receipt of premium-free non-group Blue Cross and are eligible for the Extended Health Benefits program that provides a substantial portion of the cost of eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care. The Department of Social Services and Community Health administers numerous programs including: aids to daily living, available free to handicapped or chronically ill residents (benefits include hearing aids, ostomy supplies, wheelchairs, etc.); a cystic fibrosis program and the extended health benefits program which assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances for those 65 and over, their spouses and dependants. Air ambulance program provides air transportation for seriously ill patients to major acute care facilities.

Premium per month (f):

Single - $14.00 (h). Family of two or more - $28.00 (h).



**Régime de soins médicaux**

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (j).

Services assurés hors de la province (c): services assurés ordinaires au Canada et à l'extérieur payés jusqu'à concurrence du tarif prévu par l'Alberta.

Services complémentaires assurés (d): en vertu du Régime d'assurance-maladie de l'Alberta: la chiropraxie; les soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements; l'optométrie; services de physiothérapie; services de podiatrie. Un maximum a été fixé pour les services de chiropraxie, d'optométrie, de physiothérapie et de podiatrie assurés. Une assurance facultative est offerte par le Régime qui permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membres individuels de la Croix-Bleue de l'Alberta à des taux réduits par l'entremise d'un employeur. Les résidents de 65 ans et plus ainsi que les veufs/veuves de 55 à 64 ans recevant la pension des veufs de l'Alberta (Alberta Widows Pension), administré par le ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire, et les personnes à leur charge reçoivent les primes gratuites du régime pour membres individuels de la Croix-Bleue de l'Alberta. Ces personnes sont admissibles au programme de services complémentaires de santé qui assure une importante partie du coût des lunettes et la plus grande partie du coût des dentiers et des soins dentaires. Le ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire administre de nombreux programmes dont: la fourniture gratuite d'aides fonctionnelles pour les activités de la vie quotidienne aux personnes handicapées ou aux malades chroniques résidant dans la province (parmi les services assurés, on retrouve les prothèses auditives, les fournitures pour stomisés, les fauteuils roulants, etc.); un programme de fibrose kystique et le programme de services complémentaires de santé assurés qui couvre le coût des prothèses auditives, du matériel, des fournitures et appareils médicaux et chirurgicaux pour les personnes de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge. Le programme d'ambulance aérienne offre des services de transport aérien à des centres majeurs de soins aigus pour les patients gravement malades.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 14,00 $ (h). Famille de deux personnes ou plus - 28,00 $ (h).

**Hospital Insurance**

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation; necessary nursing services; laboratory, x-rays and other procedures; drugs administered in hospital; use of operating room and case room, and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy services; and semi-private or private accommodation if medically required.

Out-patient: Diagnostic laboratory and radiological procedures; emergency and clinical services; physiotherapy, occupational and speech therapy (including physiotherapy in certain approved clinical facilities); and psychiatric therapy.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Paid at standard ward rate approved by the plan in the province where the service is rendered. Out-patient: Paid at standard inter-provincial rates.

Outside Canada: In-patient: For emergency and elective care - paid to a maximum of $150 per day less authorized charges. Out-patient: For emergency and elective care - amount below $50 paid in full, $50 and more paid at lesser of amount charged or amount that would have been charged in Alberta. For both in-patient and out-patient circumstances, where the service is not available in Alberta, but the physician has referred the registrant out, or in emergency situations where the expenses are in excess of amounts covered, the registrant may apply for emergency financial assistance. (Note: See Addendum re current charges.)

Authorized charges (applies only to Alberta hospitals): Effective September 1983, patients are required to pay a $10.00 admission charge to active treatment hospitals. Excluded are: newborns, inter-hospital transfers, re-admission within 30 days, hospitalization approved by a cancer clinic, polio patients, multiple handicapped children's units, residents aged 65 or over, their spouse and dependants, recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health and out-of-province cases.

**Régime d'assurance-hospitalisation**

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes; les médicaments administrés à l'hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie; et l'hébergement en chambre semi-privée ou privée lorsque cela est justifié pour des raisons médicales.

Services de consultation externe: les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les services d'urgence et cliniques; la physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie (y compris la physiothérapie dans certains établissements cliniques approuvés), et la thérapie psychiatrique.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le paiement au tarif de la salle approuvé par le régime de la province où les services sont fournis. Services de consultation externe: payés aux taux interprovinciaux normalisés.

À l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: les soins urgents ou facultatifs - le régime paie les frais jusqu'à concurrence de 150 $ par jour, moins les frais autorisés. Services de consultation externe: les soins urgents ou facultatifs - les montants inférieurs à 50 $ sont payés en entier. Dans le cas de montants de 50 $ et plus, la moins élevée des deux sommes suivantes: le coût des services fournis ou la somme versée pour les mêmes services en Alberta. Quand les services ne sont pas offerts dans la province et que le médecin a dirigé l'assuré à l'étranger, ou en cas d'urgence où les dépenses sont excessivement plus hautes que le montant assuré, une aide peut être octroyée en cas de difficulté financière pour les malades hospitalisés et les malades externes. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Frais autorisés (pour les hôpitaux de l'Alberta seulement): depuis septembre 1983, les malades doivent débourser 10 $ pour être admis dans un hôpital de soins de courte durée. Sont exclus les nouveau-nés, les malades transférés d'un hôpital à l'autre, les malades réadmis dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital, les malades dont l'admission est approuvée par une clinique du cancer, les malades atteints de poliomyélite, les enfants admis dans des unités pour handicaps multiples, les résidents de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, les bénéficiaires d'aide sociale du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire et les cas hors de la province.

Auxiliary hospitals: $8.00 per day after 120 days for accommodation for chronic care. (Note: See Addendum re current charges.) Where a patient requests private accommodation, $4.50 per day is charged from the first day of admission.

Emergency Financial Assistance Program: For hospital and medical care services not available in province or provided in an emergency, assistance exists for cases of financial hardship.

Les hôpitaux auxiliaires: 8 $ par jour après 120 jours d'hébergement pour des soins chroniques. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.) Lorsqu'un malade demande une chambre privée il doit payer 4,50 $ par jour à compter du premier jour d'admission.

Programme d'aide financière d'urgence: pour les services hospitaliers et les soins médicaux non offerts dans la province ou fournis en cas d'urgence, une aide peut être octroyée en cas de difficulté financière.

## BRITISH COLUMBIA

### Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c):

Standard benefits, in emergency or with prior approval, paid up to B.C. rates.

Additional benefits (d): Chiropractic, naturopathy, orthoptic, physiotherapy, massage practitioners and podiatric services partially covered; orthodontic services for cleft lip and/or cleft palate covered (age limit); approved optometric services; extended role services of a registered nurse where:

a) an arrangement for the rendering and for the payment of these services is approved by the Commission; and

b) these services are rendered in an area of the province where a medical practitioner is not normally available.

Other provincial programs: Subsidized ambulance services; Pharmacare program, under the jurisdiction of the Ministry of Human Resources, covers in full or in part the costs incurred for prescription drugs and other designated benefits. Further details may be obtained by writing Pharmacare, Bag Service 3003, Victoria, British Columbia, V8W 3L4.

Premium per month (f):

Single - $16.00. Two persons - $30.00. Family of three or more persons - $34.00. (Rates effective January 1, 1984). (Note: Premium rates are subject to change within each fiscal year. See Addendum re current rates.)

### Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation including meals and necessary nursing services; laboratory and x-ray services; clinically approved drugs, biologicals and medical supplies (with certain exceptions); use of operating room, case room, and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies;

## COLOMBIE-BRITANNIQUE

### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (j).

Services assurés hors de la province (c):

Services assurés ordinaires, en cas d'urgence ou avec autorisation préalable, payés jusqu'à concurrence du tarif prévu par la Colombie-Britannique.

Services complémentaires assurés (d): services de chiropraxie, de naturopathie, d'orthoptique, de physiothérapie, de massothérapie et de podiatrie sont partiellement couverts; les services d'orthodontie pour les personnes porteuses d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine sont couverts (limite d'âge); services d'optométrie approuvés; en outre les services d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) au rôle élargi lorsque:

a) la Commission approuve une entente conclue pour assurer la prestation et le remboursement de ces services; et

b) ces services sont dispensés dans une région de la province où un médecin n'est pas normalement disponible.

Autres programmes provinciaux: service subventionné d'ambulance; le régime de médicaments prescrits (Pharmacare), sous la compétence du ministère des Ressources humaines, couvre partiellement ou en totalité le coût des médicaments sur ordonnance et autres services pharmaceutiques. Pour de plus amples renseignements, écrivez à: Pharmacare, Sac de service 3003, Victoria, Colombie-Britannique, V8W 3L4.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 16 $. Deux personnes - 30 $. Famille de trois personnes ou plus - 34 $. (À compter du 1er janvier 1984). (Remarque: le tarif des primes peut changer à l'intérieur d'une année financière. Voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

### Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle y compris les repas et les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiographie; les médicaments cliniquement approuvés; les produits biologiques et les fournitures médicales (avec certaines exceptions); l'usage des salles

routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities where available.

Out-patient: Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by the Cancer Control Agency of British Columbia and renal dialysis treatments for chronic renal failure (in designated hospitals or approved facilities); arthritis therapy for persons suffering from rheumatism and arthritis and psoriasis day care services at Shaughnessy Hospital, Vancouver, and Victoria General Hospital.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province - maximum stay of 12 months unless otherwise approved, with a charge of $8.50 per day payable by the patient. Referral, if approved by Deputy Minister. Out-patient: Emergency services and minor surgery with a $10.00 charge payable by the patient.

Day care surgical services with an $8.00 charge payable by the patient and out-patient dialysis treatment with no charge to the patient. Computerized axial tomography also covered.

Outside Canada: In-patient: 1) emergency care - paid to a maximum of $75.00 per day for adults and children, $36.00 per day for newborns; 2) elective care - with written approval, not greater than per diem for equivalent facility in British Columbia less authorized charges; 3) services not available - with written approval, usual and customary charge of the hospital less authorized charges. Out-patient: 1) emergency - no coverage; 2) elective care - no coverage except out-patient dialysis treatment, limited to lesser of actual charge or set fee of $230.00; 3) services not available - no coverage.

d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Services de consultation externe: les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, les soins en chirurgie de jour, le traitement des cancéreux non hospitalisés, les soins psychiatriques de jour et de nuit, les services de réadaptation de jour, le traitement de la toxicomanie, les services de physiothérapie, le traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), les services de consultation diététique, les services de cytologie offerts par la B.C. Cancer Control Agency et les services de dialyse rénale (dans les hôpitaux désignés et dans les établissements autorisés); thérapie pour les personnes souffrant de rhumatisme et de l'arthrite et les soins de jour pour les personnes souffrant de psoriasis à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver, et le Victoria General Hospital.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: les services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12e mois suivant le mois du départ de la province - une absence maximale de 12 mois, sauf disposition contraire, pour lesquels des frais journaliers de 8,50 $ sont payables par le patient. Les services reçus par un malade dirigé ailleurs pour des traitements avec l'approbation du sous-ministre. Services de consultation externe: services d'urgence et de chirurgie mineure pour lesquels des frais de 10 $ sont payables par le patient.

Services de soins en chirurgie de jour pour lesquels des frais de 8 $ sont payables par le patient et traitement de dialyse destiné aux malades externes sans frais imputables au patient. Scanographie.

À l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: 1) soins d'urgence - un montant n'excédant pas 75 $ par jour pour les adultes et les enfants et 36 $ par jour pour les nouveau-nés; 2) soins facultatifs - avec le consentement écrit, une somme ne dépassant pas le prix de journée dans les établissements équivalents de la Colombie-Britannique, moins les frais autorisés; 3) services non offerts, avec le consentement écrit, les frais habituellement exigés par l'hôpital, moins les frais autorisés. Services de consultation externe: 1) soins d'urgence - non assurés; 2) soins facultatifs - non assurés sauf les traitements de dialyse pour malades externes pour lesquels le Régime paie la moins élevée des deux sommes suivantes: le coût réel ou un montant fixe de 230 $; 3) services non offerts - non assurés.

Authorized charges: Effective September 1, 1983 charges increased to:

a) $8.50 per day for acute and rehabilitative care in hospitals, excluding newborns, organ donors and persons admitted involuntarily to psychiatric units;

b) $12.75 per day for adults in extended care hospitals, excluding persons under 19 years;

c) $10.00 for each emergency (a $25.00 charge is levied for non-emergency use of emergency departments in specific cases) or minor surgical out-patient treatment;

d) $8.00 for day care surgical services.

(Note: See Addendum re current charges.)

Frais autorisés: à compter du 1er septembre 1983, les frais ont été portés à:

a) 8,50 $ par jour pour les soins dispensés aux malades aigus et les traitements de réadaptation dans les hôpitaux, sauf pour les nouveau-nés, les donneurs d'organes et les personnes admises involontairement aux unités psychiatriques;

b) 12,75 $ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés, sauf pour les personnes âgées de 19 ans ou moins;

c) 10,00 $ pour tout service d'urgence (dans des cas particuliers des frais de 25 $ sont imposés pour l'usage des salles d'urgence non requise) ou les soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe;

d) 8,00 $ par jour pour les soins en chirurgie de jour.

(Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

## *NORTHWEST TERRITORIES*

### Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard benefits paid at approved rate of host province.

Outside Canada: Standard benefits paid up to Northwest Territories rate.

Additional benefits (d): Extended medical benefits program covers costs related to investigation, treatment, drugs, air and ground transportation, necessary escort services, and stipends for accommodation and meals, for patients of specified diseases when referred by a medical practitioner to the nearest treatment centre. Diseases covered are: cancer, tuberculosis, mental illness or chronic psychosis, cystic fibrosis, cleft lip or palate, spina bifida, diabetes mellitus, congenital anomalies and chronic diseases of the urinary system, and venereal disease (Note: coverage for venereal disease does not include travel, accommodation or meals); medical transportation program assists residents with the cost of transportation necessary to provide access to required medical or hospital care; Pharmacare program covers the cost of approved prescribed drugs for residents 65 years of age and older, individuals of treaty Indian and Inuit status, and persons with specified chronic diseases.

Premium per month: none

### Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures including their interpretation; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities where available.

## TERRITOIRES DU NORD-OUEST

### Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province d'accueil.

À l'étranger: services ordinaires assurés payés au tarif prévu par les Territoires du Nord-Ouest.

Services complémentaires assurés (d): le programme de prestations élargies d'assurance-maladie couvre les coûts liés aux examens, au traitement, aux médicaments, au transport aérien et terrestre, les coûts des services d'escorte, les allocations de repas et de logement, offerts aux malades atteints de certaines maladies particulières lorsqu'ils ont été adressés par un médecin au centre de traitement le plus proche. Maladies couvertes: cancer, tuberculose, troubles mentaux ou psychose chronique, fibrose kystique, bec-de-lièvre ou fissure palatine, spina-bifida, diabète sucré, anomalies congénitales et maladies chroniques de l'appareil urinaire, et maladies vénériennes (Remarque: les services assurés dans le cas des maladies vénériennes ne comprennent pas les frais de déplacement, de logement ou les repas). Le programme de déplacement des personnes qui ont besoin de soins médicaux vise à aider les résidents à payer leurs frais de transport lorsqu'ils doivent se déplacer pour obtenir les soins médicaux ou hospitaliers dont ils ont besoin. Le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les personnes de 65 ans et plus, les Inuit et les Indiens de plein droit, ainsi que les personnes atteintes de certaines maladies chroniques particulières.

Prime mensuelle: aucune

### Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques, ainsi que leurs interprétations; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Out-patient: Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; certain day care surgical procedures; psychiatric and psychology services provided under an approved hospital program.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate approved for hospital at host province rate. Out-patient: Same benefits as in Northwest Territories. The amount of coverage is in accordance with the inter-provincial agreement.

Outside Canada: Paid up to the rates set for the Northwest Territories.

Authorized charges: In July, 1983, authorized charges for chronic extended care at $19.00/day for persons 16 years and over, and $12.00/day for persons under 16 years. Exemption: Board's assessment of cases of "economic hardship". (Note: See Addendum re current charges.)

Services de consultation externe: les traitements d'urgence des blessures et leurs traitements subséquents; les examens radiologiques requis par nécessité médicale et les analyses nécessaires au diagnostic; les examens de laboratoire; les soins en chirurgie mineure; la physiothérapie et la radiothérapie quand elles sont disponibles; certains soins en chirurgie de jour; services de psychiatrie et de psychologie dispensés dans le cadre d'un programme hospitalier approuvé.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tarif de la salle approuvé pour l'hôpital au tarif de la province d'accueil. Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans les Territoires du Nord-Ouest. Le montant assuré est conforme à l'entente interprovinciale.

À l'étranger: payés jusqu'à concurrence des tarifs en vigueur dans les Territoires du Nord-Ouest.

Frais autorisés: à compter du 1er juillet 1983, les frais autorisés pour les soins chroniques prolongés ont été portés à 19 $ par jour pour les personnes âgées de 16 ans et plus et à 12 $ par jour pour les personnes de moins de 16 ans. Exemption: évaluation du Conseil sur les cas "d'épreuve économique". (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

## YUKON TERRITORY

**Medical Care Insurance**

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Coverage not exceeding the prescribed rates of the host province for insured services rendered.

Outside Canada: Plan will pay up to the maximum fee paid for the same services in the Yukon.

Additional benefits (d): Cancer program pays full cost of travel plus living expenses allowance while away from home for treatment, as well as prostheses, appliances and medical surgical supplies; dental program for school children up to grade 8 (basic restorative and preventive services); drug program for specific chronic diseases (e.g. cystic fibrosis); extended health care benefits program for registered residents, 65 and over, and their spouses 60 and over, covers: medical surgical supplies (e.g. ostomy supplies); artificial limbs; hearing aids; medical equipment (e.g. wheelchairs); dental care (restorations, dentures and preventive services within limits); optometric services (refractions, frames within limits); home nursing services (limits); medical travel costs covered to nearest centre upon referral; Pharmacare plan covers drugs for those 65 and over and their spouses 60 and over (diabetic supplies including syringes and testing materials also covered); speech pathology program (diagnostic and remedial), for pre-school and school age children as well as certain adults; audiological audiometric and impedance screening.

Premium per month (f):

Single - $19.00. Family of two or more - $26.50. (Note: See Addendum re current charges.) Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years of age or more, their spouses and dependants are premium-exempt.

## TERRITOIRE DU YUKON

**Régime de soins médicaux**

Services assurés ordinaires (c): tous les services requis du point de vue médical dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c):

Au Canada: les services assurés fournis sont payés jusqu'à concurrence du tarif prescrit de la province d'accueil.

À l'étranger: les services assurés sont payés jusqu'à concurrence du tarif qui aurait été payé pour de tels services au Yukon.

Services complémentaires assurés (d): le programme d'aide aux cancéreux couvre le total des frais de déplacement et prévoit une allocation de subsistance pour tout séjour fait à l'extérieur pour recevoir des traitements, de même que les prothèses, les appareils et fournitures médicales et chirurgicales; programme de soins dentaires pour les élèves jusqu'à la huitième année (service de prévention et de restauration de base); coût des médicaments nécessaires au traitement de maladies chroniques précises (par exemple la fibrose kystique); le programme de soins complémentaires de santé assurés pour les résidents inscrits de 65 ans et plus et leur conjoint de 60 ans et plus couvre: les fournitures médicales et chirurgicales (par exemple les fournitures pour stomisés); les membres artificiels; les prothèses auditives; le matériel médical (par exemple fauteuil roulant); les soins dentaires (certains services de restauration, de prothèses et de prévention sous réserve de certaines restrictions); les services d'optométrie (réfraction, montures sous réserve de certaines restrictions); les services de soins infirmiers à domicile (limités); frais de déplacement en vue de recevoir un traitement médical au centre le plus proche sur recommandation d'un médecin; le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) couvre les médicaments prescrits aux personnes de 65 ans et plus et leur conjoint de 60 ans et plus (fournitures pour les diabétiques y compris les seringues et le matériel pour les tests); programme d'orthophonie de la parole (diagnostic et rééducation), pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire de même que pour certains adultes; dépistage audiologique, audiométrique et impédance.

Prime mensuelle (f):

Personne seule - 19 $. Famille de deux personnes ou plus 26,50 $. (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.) La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des primes. Les personnes de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, sont exemptées des primes.

**Hospital Insurance**

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward accommodation; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations when administered in hospital; use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities where available.

Out-patient: Same benefits as the above, together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examination; day care surgical services;

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Paid at the host province hospital's per diem rate. Out-patient: Paid at a standard inter-provincial rate.

Outside Canada: Up to the maximum fee paid for the same services in the Territory.

Authorized charges: none

**Régime d'assurance-hospitalisation**

Services assurés ordinaires (e):

Services dispensés aux malades hospitalisés: l'hébergement en salle; les services infirmiers nécessaires; les tests de laboratoire, les examens et les autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Services de consultation externe: les mêmes services que ceux mentionnés ci-haut, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement des blessures, maladie ou invalidité, à l'exclusion des examens qui font partie de l'examen général en cabinet de médecin; les soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (e):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: les services sont payés selon le taux du per diem de la province d'accueil. Services de consultation externe: les services sont payés au taux interprovincial normalisé.

À l'étranger: jusqu'à concurrence du tarif qui aurait été payé pour de tels services dans le Territoire.

Frais autorisés: aucuns

**NOTES:**

a) The benefits listed are: 1) those of the national health insurance programs; and 2) additional benefits which are either: (i) administered by the provincial health insurance plans or; (ii) are administered by another agency and generally fall within the pattern of benefits which are associated with public health insurance programs. However, not included are many other health services provided by provinces other than through the health insurance system or equivalent. These other programs may be: on a universal basis (e.g. public health services, mental health services, communicable disease control); on a regional basis within a province; on an age related basis, on a disease related basis, or on a needs basis.

b) This summary is intended to provide a resumé of the provincial health insurance plans for each fiscal year. This particular summary states changes which occurred from January 1, 1983 to March 31, 1984. A few subsequent selected changes which occurred during the fiscal year and which have substantially altered plan benefits, or charges to beneficiaries, have also been noted. However, other changes such as scheduled increments in authorized charges have not been recorded in the body of the summary. Substantive changes which occurred following the close of the fiscal year, and certain charges current at the time of printing, are contained in the addendum.

c) These benefits are insured services as defined in the Medical Care Act (Canada), and are provided in accordance with conditions contained in the Act. (Benefits provided by a provincial plan which exceed the requirements of the Act are listed under "Additional benefits".) All provincial medical care insurance plans are required to provide portability of coverage for the insured services of the Medical Care Program for their insured residents outside Canada. However, this requirement does not preclude a provincial plan from requiring that a resident seek prior approval from the plan before elective, non-emergency care is obtained out-of-province.

d) These additional benefits are provided generally on a limited basis and are not normally portable. While, strictly speaking, the federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits, the provinces have

**NOTES:**

a) Les services assurés mentionnés sont: 1) ceux des programmes d'assurance-santé nationaux, et 2) les services complémentaires assurés administrés soit (i) par les régimes d'assurance-santé provinciaux, soit (ii) par un autre organisme, et qui correspondent généralement aux services assurés associés aux régimes d'assurance-santé publics. Cependant, ne sont pas compris de nombreux autres services fournis par les provinces par un autre moyen que le régime d'assurance-santé ou l'équivalent. Ces autres programmes peuvent être: sur une échelle universelle (par exemple, les services d'hygiène publique, les services de santé mentale, la lutte contre les maladies transmissibles); au niveau régional au sein d'une province; selon l'âge, la maladie, les besoins.

b) Ce résumé vise à donner un aperçu des régimes d'assurance-santé provinciaux en vigueur pour chaque année financière. Ce présent sommaire couvre la période du 1er janvier 1983 au 31 mars 1984. Quelques changements particuliers apportés après cette date, pendant l'année financière, et qui ont eu pour effet de modifier substantiellement les services assurés en vertu du régime, ou les frais à assumer par les bénéficiaires, ont également été indiqués. Toutefois, d'autres changements tels que les augmentations prévues des tarifs autorisés n'ont pas été inclus dans le corps du résumé. Des changements importants survenus après la fin de l'année financière et certains frais en vigueur au moment d'aller sous presse se retrouvent dans l'annexe.

c) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada) et aux conditions afférentes. (Des services additionnels dépassant les dispositions de la loi sont offerts par les différents régimes provinciaux. Ils sont décrits sous le titre "Services complémentaires assurés".) Tous les régimes provinciaux d'assurance médicale doivent offrir à leurs résidents assurés une transférabilité de couverture à l'étranger pour les services assurés du Programme de soins médicaux. Cette exigence n'empêche cependant pas un régime provincial de demander à un résident d'obtenir préalablement l'approbation du régime avant que des soins facultatifs, non urgents, soient prodigués hors de la province.

d) Ces bénéfices complémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions, et ne sont pas habituellement transférables. Bien que, strictement parlant, le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces bénéfices complémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé,

considerable latitude in allocating all federal contributions for health care services. These include the contributions under the Hospital Insurance and Medical Care Programs, as well as those under the Extended Health Care Services Program in respect of the cost of certain health services such as nursing home and adult residential care, home care (health aspects) and ambulatory health care services. The latter contribution is not subject to the program conditions applicable to hospital and medical care insurance. Consequently, the provinces have total flexibility in the use they make of this particular contribution, as long as information required by the federal Minister is provided. For specific details, information may be obtained from the provincial plan.

les provinces jouissent d'une latitude considérable dans la répartition de toutes les contributions fédérales pour les services de santé; celles-ci comprennent les contributions en vertu des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, ainsi que les contributions en vertu du Programme de services complémentaires de santé, relativement au coût de certains services de santé tels que les soins en maison de repos et les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile (les services de santé) et les soins ambulatoires. Cette dernière contribution n'est pas assujettie aux conditions qui s'appliquent aux régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. En conséquence, les provinces sont libres d'utiliser cette contribution comme elles le veulent, en autant que l'information demandée par le ministre fédéral lui est fournie. Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial en question.

e) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada).

e) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada).

f) Regular premiums only are listed. Reduced premiums and/or premium exemptions are available to residents on limited incomes. The provisions for assistance vary from province to province.

f) Seules les primes régulières sont inscrites. Les primes réduites et les exemptions de primes sont offertes aux résidents à revenu limité. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.

g) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.

g) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption de la prime si la personne a 65 ans ou plus et est résidente de la province depuis au moins les 12 derniers mois.

h) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member is 65 years or more, including his spouse and dependants and those in receipt of the Alberta Widows Pension, aged 55 to 64 years. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.

h) Il y a exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si le résident a 65 ans ou plus, y compris son conjoint et les personnes à sa charge et les veufs/veuves recevant la pension des veufs de l'Alberta (Alberta Widows Pension) de 55 à 64 ans. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux.

i) A special fund for financing the Quebec Health Insurance Plan comprises employers' contributions amounting to 3.0% of employees' salaries and payments made by the Minister of Finance out of the provincial consolidated revenue fund, according to the requirements of the Quebec Health Insurance Board.

i) La Régie de l'assurance-maladie du Québec est financée par le Fonds des services de santé créé au ministère des Finances et alimenté par la contribution des employeurs (3,0% du salaire versé à un employé) à laquelle s'ajoutent des sommes versées par le ministre des Finances à même le fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.

j) In this province, the services of osteopaths are eligible as insured services under the Medical Care Act (Canada) on the same basis as the services of medical practitioners.

j) Dans cette province, les services des ostéopathes peuvent être considérés comme étant des services assurés en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux au même titre que les services des médecins.

## ADDENDUM

### Current Authorized Charges, Premiums, and Additional Benefits

This addendum lists current authorized charges and premiums at time of printing, as well as recent changes in additional benefits. Provinces not mentioned in the addendum either have a) no such charges or b) have not had a change in authorized charges, premiums or additional benefits since the March 31, 1984 date of the summary.

**Newfoundland:** Authorized charges: New rate structure was established for persons in hospital awaiting nursing home placement. Since April 1, 1984, 75% of monthly amount charged to nursing home residents is also charged to medically discharged patients awaiting placement. Increased to $1,450/month, April 1, 1985, and $1,510/month April 1, 1986. Administrative Change: Effective November 1, 1985, The Medical Care Commission assumed the responsibility to administer the Dental Health Plan, formerly known as the Children's Dental Health Program.

**Nova Scotia:** Additional Benefits: The Children's Dental Plan is now available to all eligible children until the last day of the month in which they become 16 years of age.

**New Brunswick:** Authorized charges: Effective March 27, 1984, persons receiving out-patient rehabilitation services/occupational, speech and physiotherapy, are also exempt. Quarterly increases re nursing home placement to $16.59 January 1, 1985; $16.78 April 1, 1985 $17.04 July 1, 1985; $17.04 October 1, 1985; and $17.41 January 1, 1986.

Additional Benefits: The Vision Program: effective October 1985, all children up to age 16 are entitled to one major examination every two years and for children up to age 18, with a previously diagnosed vision problem requiring a lens prescription, are entitled to one major examination within each 12-month period.

**Quebec:** Authorized charges: Increased to $15.27/day effective August 30, 1985 and to $15.90/day effective January 1, 1986.

**Ontario:** Authorized charges: Quarterly increases to $18.75/day February 1, 1985; $18.94/day May 1, 1985; $19.20/day August 1, 1985; $19.40 November 1, 1985; $19.57/day February 1, 1986.

## ANNEXE

### Frais autorisés, primes en vigueur et services complémentaires assurés

On trouvera dans cette annexe une liste des frais autorisés et des primes exigées au moment d'aller sous presse ainsi que des changements récents aux services assurés complémentaires. Les provinces non mentionnées dans cette annexe a) n'exigent pas de tels frais; ou b) n'ont pas modifié les frais autorisés, les primes ou les services complémentaires assurés depuis le 31 mars 1984, date à laquelle a été rédigé le résumé.

**Terre-Neuve:** Frais autorisés: un nouveau système de facturation a été mis en oeuvre dans les hôpitaux pour les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de santé. Depuis le 1er avril 1984, 75% des frais mensuels facturés aux résidents des maisons de repos sont aussi imputés aux patients qui attendent d'être placés après avoir obtenu leur congé du médecin. Frais portés à 1450 $ par mois le 1er avril 1985 et à 1510 $ par mois le 1er avril 1986. Changement administratif: depuis le 1er novembre 1985, le régime de soins dentaires, auparavant connu sous le nom de programme de soins dentaires à l'intention des enfants, est devenu la responsabilité de la Commission.

**Nouvelle-Écosse:** Services complémentaires assurés: le Régime d'assurance-dentaire pour enfants est maintenant disponible à tous les enfants admissibles jusqu'au dernier jour du mois où ils ont atteints l'âge de 16 ans.

**Nouveau-Brunswick:** Frais autorisés: depuis le 27 mars 1984, les personnes recevant des services externes de réhabilitation/ergothérapie, de rééducation du langage et de physiothérapie sont aussi exemptées. Augmentations trimestrielles en ce qui a trait au placement dans une maison de santé portant les frais à 16,59 $ le 1er janvier 1985; à 16,78 $ le 1er avril 1985; à 17,04 $ le 1er juillet 1985; à 17,04 $ le 1er octobre 1985; et à 17,41 $ le 1er janvier 1986.

Services complémentaires assurés: depuis octobre 1985, les enfants de moins de 16 ans peuvent recevoir, dans une période de 24 mois, un examen majeur. Les enfants de moins de 18 ans qui ont été diagnostiqués comme ayant des problèmes de la vue, peuvent recevoir, dans une période de 12 mois, un examen majeur.

**Québec:** Frais autorisés: portés à 15,27 $ par jour le 30 août 1985 et à 15,90 $ par jour le 1er janvier 1986.

**Ontario:** Frais autorisés: augmentations trimestrielles portant les frais à 18,75 $ par jour le 1er février 1985; à 18,94 $ par jour le 1er mai 1985; à 19,20 $ le 1er août 1985; à 19,40 $ le 1er novembre 1985; à 19,57 $ le 1er février 1986.

Premiums: Rates increased effective August 1, 1984 to $29.75 single and $59.50 family.

Additional Benefits: The Ministry of Health introduced the cleft lip and palate program on January 1, 1986 that will pay 75% of the cost of dentistry for children up to the age of 21. Effective January 1, 1986, the Assistive devices program will also cover disabled adults 19 to 21 years of age.

**Manitoba:** Authorized charges: Quarterly indexing reinstated commencing with $13.45 May 1, 1984; $13.90 August 1, 1984; $14.35 November 1, 1984; $14.80 February 1, 1985; $15.25 May 1, 1985; $15.75 August 1, 1985; $16.15 November 1, 1985; and $16.60 February 1, 1986.

Additional Benefits: Since January 1, 1985, the Pharmacare program has a $50 deductible for applicants 65 years of age and over and their families and a $100 deductible for applicants 64 years of age and younger. The program will pay 80% of the costs of eligible prescription drugs in excess of the deductible.

**Saskatchewan:** Authorized charges: Monthly charge for long-term care services increased to $489.00 as of February 1, 1986.

**Alberta:** Hospital Insurance - Out-of-province benefits: Outside Canada: In-patient: As of April 1, 1985, emergency and elective care services are paid according to a 3-tier payment policy. Depending on the bed capacity and type of facility, per diem rates may be $280, $365 or $570. Out-patient: As of April 1, 1985, for emergency and elective care services, payments are based on Alberta rates for the same services.

Authorized charges: Daily charges for auxiliary hospitals increased to $10.00 effective September 1985.

**British Columbia:** Authorized charges: Increased to $15.50/day for adults in extended care hospitals; $10.00 per visit emergency (a $25.00 charge is levied for non-emergency use of emergency departments) or minor surgical outpatient treatment; and $8.50 visit for day care surgical services.

Primes: le tarif des primes mensuelles est passé à compter du 1er août 1984 à 29,75 $ pour une personne seule et à 59,50 $ pour une famille.

Services complémentaires assurés: le Programme de bec de lièvre et fissures palatines, offert par le ministère de la Santé depuis le 1er janvier 1986, paie 75 p. 100 des frais dentaires pour les enfants jusqu'à l'âge de 21 ans. Depuis le 1er janvier 1986, les personnes atteintes d'une incapacité fonctionnelle, de 19 à 21 ans, peuvent bénéficier du programme.

**Manitoba:** Frais autorisés: l'indexation trimestrielle a été rétablie commençant à 13,45 $ le 1er mai 1984; à 13,90 $ le 1er août 1984; à 14,35 $ le 1er novembre 1984; à 14,80 $ le 1er février 1985; à 15,25 $ le 1er mai 1985; à 15,75 $ le 1er août 1985; à 16,15 $ le 1er novembre 1985; et à 16,60 $ le 1er février 1986.

Services complémentaires assurés: depuis le 1er janvier 1985, le régime Pharmacare exige des personnes de 65 ans et plus et leurs familles une franchise de 50 $ tandis que pour les personnes de 64 ans et moins, celle-ci est de 100 $. Le régime prend en charge 80% des coûts des médicaments admissibles au-delà de la franchise.

**Saskatchewan:** Frais autorisés: les frais mensuels pour les services de soins prolongés sont passés à 489 $ à compter du 1er février 1986.

**Alberta:** Assurance-hospitalisation - Services assurés hors de la province: À l'étranger: services dispensés aux malades hospitalisés: depuis le 1er avril 1985, les soins urgents ou facultatifs sont payés selon une politique de paiement basée sur trois échelons. Dépendant de la capacité de lits et du type d'établissement, le taux per diem peut varier, soit de 280 $, 365 $ ou de 570 $. Services de consultation externe: depuis le 1er avril 1985, les paiements sont fondés sur le tarif de l'Alberta pour le même service que pour des soins urgents ou facultatifs.

Frais autorisés: à partir de septembre 1985, les frais quotidiens pour les hôpitaux auxiliaires ont été portés à 10 $.

**Colombie-Britannique:** Frais autorisés: portés à 15,50 $ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés; 10 $ pour tout service d'urgence (des frais de 25 $ sont imposés à l'emploi non urgent des départements d'urgence) ou soins en chirurgie mineure en service de consultation externe et 8,50 $ pour les services de chirurgie de jour.

Premiums: Rates increased effective April 1, 1985 to $17.00 single; $32.00 family of two; $36.00 family of three or more; and will increase effective April 1, 1986 to $18.00 single; $34.00 family of two; and $38.00 family of three or more.

Additional Benefits: The Pharmacare program now has a $200.00 deductible plus 20% co-payment.

Northwest Territories: Authorized charges: Effective November 1, 1985, daily charges for nursing home care (level 3) and chronic care (level IV):

under 16 years: at $10.00 based on the parent's financial ability to pay;

between 16 and 18 years: at $10.00 - $19.00 based on a sliding scale of financial ability to pay;

between 19 and 64 years: no co-payment will apply except where the patient has a pension or disability income. If the patient has such an income then the per diem rate established for those 65 years and over will apply;

65 years and over: co-payment determined by taking the monthly pension times 12 months divided by 365 days. Exemption: financial inability to pay.

Yukon: Premiums: Effective April 1, 1984, $20.00 - single; $27.50 - family.

Primes: à compter du 1er avril 1985, le tarif a été porté a 17 $ pour une personne seule, à 32 $ pour deux personnes et à 36 $ pour une famille de trois personnes ou plus. Le tarif des primes passera le 1er avril 1986 à 18 $ pour une personne seule, à 34 $ pour deux personnes et à 38 $ pour une famille de trois personnes ou plus.

Services complémentaires assurés: les frais modérateurs du programme assurance-médicaments (Pharmacare) sont passés à 200 $ déductibles plus copaiement de 20%.

Territoires du Nord-Ouest: Frais autorisés: à compter du 1er novembre 1985, les frais quotidiens aux résidents des maisons de repos (niveau 3) et des soins chroniques (niveau IV):

moins de 16 ans: 10 $ sous réserve de la capacité des parents à payer;

entre 16 et 18 ans: 10 $ - 19 $ basé sur une échelle mobile de la capacité de payer;

entre 19 et 64 ans: aucun paiement de participation excepté lorsque le patient reçoit une pension ou un revenu d'invalidité; en ce cas, le tarif journalier est le même que pour les personnes de 65 ans ou plus;

65 ans ou plus: les paiements de participation sont calculés en prenant la pension mensuelle multipliée par 12 et divisée par 365 jours (sous réserve de la capacité de payer).

Yukon: Primes: le tarif des primes mensuelles est passé le 1er avril 1984 à 20 $ pour une personne seule et à 27,50 $ pour une famille.

Coordination and Communications Division

February, 1986

Division de la coordination et des communications

février 1986

## Plan Addresses

### Newfoundland

Medical Care

Newfoundland Medical Care Commission,
Elizabeth Towers,
Box 200, Station "A",
St. John's, Newfoundland.
A1C 5J3

Hospital Insurance

Hospital Services Division,
Department of Health,
Confederation Building,
P.O. Box 4750,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5T7

### Prince Edward Island

Medical Care

Health Services Commission,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, Prince Edward Island.
C1A 7P4

Hospital Insurance

Hospital Services Commission,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, Prince Edward Island.
C1A 7P4

### Nova Scotia

Medical Care

Health Services and Insurance Commission,
Joseph Howe Building,
Corner Prince and Hollis Streets,
P.O. Box 760,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2V2

Hospital Insurance

Department of Health,
Joseph Howe Building,
Corner Prince and Hollis Streets,
P.O. Box 488,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2R8

### New Brunswick

Medical Care

Department of Health,
Medicare,
P.O. Box 5100,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

## Adresses des Régimes

### Terre-Neuve

Soins médicaux

Newfoundland Medical Care Commission
Elizabeth Towers
C.P. 200, Succursale A
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5J3

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Division
Department of Health
Confederation Building
C.P. 4750
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5T7

### Île-du-Prince-Édouard

Soins médicaux

Health Services Commission
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Commission
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

### Nouvelle-Écosse

Soins médicaux

Health Services and Insurance Commission
Joseph Howe Building
Angle des rues Prince et Hollis
C.P. 760
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2V2

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Joseph Howe Building
Angle des rues Prince et Hollis
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2R8

### Nouveau-Brunswick

Soins médicaux

Ministère de la Santé
Assurance-santé
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Hospital Insurance

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 6000,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5H1

**Quebec**

Medical Care

Quebec Health Insurance Board,
P.O. Box 6600,
Quebec, Quebec.
G1K 7T3

Hospital Insurance

Department of Health and Social Services,
Joffre Building,
1075 chemin Ste-Foy,
Quebec, Quebec.
G1A 1B9

**Ontario**

Ontario Health Insurance Plan (Medical Care and Hospital Insurance)

HEAD OFFICE
General Manager,
Ontario Health Insurance Plan,
MacDonald-Cartier Building,
49 Place d'Armes
P.O. Box 48,
Kingston, Ontario.
K7L 5J3

HAMILTON
119 King Street W.,
Hamilton, Ontario.
L8P 4T9

KINGSTON
1055 Princess Street,
P.O. Box 9000,
Kingston, Ontario.
K7L 5T3

LONDON
227 Queen's Avenue,
London, Ontario.
N6A 1J8

MISSISSAUGA
201 City Centre Drive,
P.O. Box 7020,
Station "A",
Mississauga, Ontario.
L5B 2T4

OSHAWA
Executive Tower,
Oshawa Centre,
419 King Street W.,
Oshawa, Ontario.
L1J 7T2

OTTAWA
75 Albert Street,
Ottawa, Ontario.
K1P 5Y9

SUDBURY
199 Larch Street,
8th Floor,
Sudbury, Ontario.
P3E 5R1

THUNDER BAY
435 James Street S.,
Thunder Bay, Ontario.
P7E 6E3

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1

**Québec**

Soins médicaux

Régie de l'assurance-maladie du Québec
C.P. 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Édifice Joffre
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1A 1B9

**Ontario**

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (les soins médicaux et l'assurance-hospitalisation)

SIÈGE SOCIAL
Gérant général
Régime d'assurance-maladie de l'Ontario
MacDonald-Cartier Building
49 Place d'Armes
C.P. 48
Kingston (Ontario)
K7L 5J3

HAMILTON
119, rue King ouest
Hamilton (Ontario)
L8P 4T9

KINGSTON
1055, rue Princess
C.P. 9000
Kingston (Ontario)
K7L 5T3

LONDON
227, avenue Queen's
London (Ontario)
N6A 1J8

MISSISSAUGA
201, promenade City Centre
C.P. 7020
Terminus "A"
Mississauga (Ontario)
L5B 2T4

OSHAWA
Executive Tower
Oshawa Centre
419, rue King ouest
Oshawa (Ontario)
L1J 7T2

OTTAWA
75, rue Albert
Ottawa (Ontario)
K1P 5Y9

SUDBURY
199, rue Larch
8e étage
Sudbury (Ontario)
P3E 5R1

THUNDER BAY
435, rue James sud
Thunder Bay (Ontario)
P7E 6E3

TORONTO
2195 Yonge Street,
(Near Eglinton),
P.O. Box 1700,
Terminal "A"
Toronto, Ontario.
M4S 2B2

The above district offices undertake registration and claims processing. Information offices are also located at Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, St. Catharines, Sault Ste Marie, Sarnia, Timmins and Windsor.

**Manitoba**

Medical Care

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Hospital Insurance

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

**Saskatchewan**

Medical Care

Saskatchewan Medical Care Insurance Commission,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Hospital Insurance

Saskatchewan Hospital Services Plan,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

**Alberta**

Medical Care

Department of Hospitals and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 1360,
118th Avenue and Groat Road,
Edmonton, Alberta.
T5J 2N3

TORONTO
2195, rue Yonge
(près d'Eglinton)
C.P. 1700
Terminus "A"
Toronto (Ontario)
M4S 2B2

Les bureaux régionaux ci-dessus se chargent de l'inscription et du traitement des demandes de réclamation. Il existe également des bureaux d'information à Barrie, à Kenora, à Kitchener, à Peterborough, à St. Catharines, à Sarnia, à Sault-Ste-Marie, à Timmins et à Windsor.

**Manitoba**

Soins médicaux

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Assurance-hospitalisation

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

**Saskatchewan**

Soins médicaux

Saskatchewan Medical Care Insurance Commission
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Assurance-hospitalisation

Saskatchewan Hospital Services Plan
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

**Alberta**

Soins médicaux

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
C.P. 1360
118e Avenue et chemin Groat
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3

Department of Hospitals and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
2nd Floor,
Crown Trust Building,
407 - 8th Avenue S.W.,
Calgary, Alberta.
T2P 1E5

Hospital Insurance

Department of Hospitals and Medical Care,
P.O. Box 2222,
11010 - 101st Street,
Edmonton, Alberta.
T5J 2P4

**British Columbia**

Medical Care

Medical Services Commission,
1515 Blanshard Street,
P.O. Box 1600,
Victoria, British Columbia.
V8W 2X9

Insurance contract may be obtained from the Medical Services Plan of British Columbia at the above address.

Hospital Insurance

Hospital Programs,
Ministry of Health,
Parliament Buildings,
Victoria, British Columbia.
V8W 3C8

**Northwest Territories**

Medical Care

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Hospital Insurance

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
2e étage
Édifice Crown Trust
407, 8e Avenue sud-ouest
Calgary (Alberta)
T2P 1E5

Assurance-hospitalisation

Department of Hospitals and Medical Care
C.P. 2222
11010 - 101e, rue
Edmonton (Alberta)
T5J 2P4

**Colombie-Britannique**

Soins médicaux

Medical Services Commission
1515, rue Blanshard
C.P. 1600
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 2X9

Pour obtenir un contrat d'assurance, s'adresser au Medical Services Plan of British Columbia à l'adresse mentionnée ci-haut.

Assurance-hospitalisation

Hospital Programs
Ministry of Health
Parliament Buildings
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3C8

**Territoires du Nord-Ouest**

Soins médicaux

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Assurance-hospitalisation

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

**Yukon**

Medical Care

Yukon Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Hospital Insurance

Yukon Health Care Insurance Services,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

**Yukon**

Soins médicaux

Yukon Health Care Insurance Plan
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

Yukon Health Care Insurance Services
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6